

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA MESTRADO
PROFISSIONAL-PPGSCoI

FERNANDA DE BITTENCOURT DA SILVA

TRANSTORNOS ALIMENTARES, IMAGEM CORPORAL E ESTADO
NUTRICIONAL DE ADOLESCENTES

CRICIÚMA
2018

FERNANDA DE BITTENCOURT DA SILVA

**TRANSTORNOS ALIMENTARES, IMAGEM CORPORAL E ESTADO
NUTRICIONAL DE ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Augusto Schäfer
Coorientador: Prof^a. Dr^a Ingrid D. Schweigert
Perry

CRICIÚMA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

S586t Silva, Fernanda de Bittencourt da.
Transtornos alimentares, imagem corporal e estado
nutricional de adolescentes / Fernanda de Bittencourt da
Silva. - 2018.
80 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul
Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva, Criciúma, 2018.

Orientação: Antônio Augusto Schäfer.

Coorientação: Ingrid Dalira Schweigert Perry

1. Distúrbios alimentares em adolescentes. 2. Estado
nutricional. 3. Imagem corporal. I. Título.

CDD 23. ed. 616.85260083

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla – CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

FERNANDA DE BITTENCOURT DA SILVA

TRANSTORNOS ALIMENTARES, IMAGEM CORPORAL E ESTADO
NUTRICIONAL DE ADOLESCENTES

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de Promoção da Saúde e Integralidade no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 10 de maio de 2018

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Antônio Augusto Schäfer - (PPGSCol - UNESC) - Orientador



Prof. Dr. Marco Antônio da Silva (UNESC)

Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul Catarinense



Prof. Dra. Fernanda de Oliveira Meller (UNESC)

Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Folha Informativa

As referências da dissertação foram elaboradas seguindo o estilo Vancouver e as citações pelo sistema de chamada numérico.

Este trabalho foi realizado no cenário de ensino com adolescentes em uma Instituição Filantrópica de Criciúma-SC.

AGRADECIMENTOS

Ao Criador do Universo, pelo amor derramado em minha vida em seu filho YESHUA.

Aos incansáveis orientadores Prof^a. Ingrid e Prof. Antônio, pelos inúmeros ensinamentos acadêmicos e, sobretudo, pelos ensinamentos sobre a vida.

Ao Tiago, meu grande amor, por estar presente e dividir a vida comigo.

Enio e Rosane, agradeço pelo amor e apoio incondicional.

À Alda e Benta, pessoas admiráveis, mães do coração.

A vocês que enriquecem os meus dias de aprendizado: Daiane, Amanda, Gabriela, Ane, Karina e Fabiana, pela riqueza de suas reflexões.

Aos amigos de ontem, de hoje e de sempre!

Às bolsistas de iniciação científica: Vitória e Maurício - pela imensurável ajuda em todas as etapas do trabalho.

Ao curso de Nutrição (UNESC) na pessoa da Prof^a. Rita, ao ceder os materiais para a pesquisa.

À instituição e sobre tudo, aos adolescentes componentes cruciais deste estudo, pela confiança em participar e falarem sobre seus sentimentos minha sincera gratidão!

“Não é livre quem é escravo do corpo.”

Sêneca.

RESUMO

Introdução: Adolescentes experimentam intensas mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais, sendo expostos a diversos fatores de risco à saúde. Por outro lado, na busca de sua autonomia, vivenciam um importante momento para adoção de novas práticas e comportamentos. Nesse contexto, o ambiente escolar poderia, por um lado, ser espaço de reprodução de comportamentos de risco; contudo, por outro, constituir *locus* importante para detecção de riscos e promoção da saúde.

Objetivos: Avaliar a associação da imagem corporal com risco para transtornos alimentares e estado nutricional em escolares. **Métodos:** Estudo transversal realizado com escolares de 10 a 19 anos de uma instituição Filantrópica do Extremo Sul Catarinense. Foram avaliadas, através de questionários, as variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde mental. Além disso, foram aferidas, por entrevistadores treinados, as medidas antropométricas. Realizou-se análise descritiva das variáveis estudadas bem como análise bruta da associação entre percepção da imagem corporal, estado nutricional e risco de transtorno alimentar. Para avaliar as associações, foi utilizado teste de Qui-quadrado de Pearson considerando nível de significância de 5%. Para a realização das análises foi utilizado o programa SPSS versão 22.0. **Resultados:** Dos 279 escolares estudados, 27% deles foram classificados como tendo excesso de peso pela avaliação do índice de massa corporal. As prevalências foram maiores ao se avaliar o estado nutricional pelas pregas cutâneas e pela bioimpedância (33,9% e 29,6%, respectivamente). Observou-se também que os adolescentes que apresentavam excesso de peso estavam mais insatisfeitos com sua imagem corporal quando comparados aos que não tinham excesso de peso (82,4% vs 59,1%, respectivamente). Além disso, aqueles estudantes que foram classificados como tendo risco de transtorno alimentar apresentaram maior insatisfação com sua imagem corporal quando comparados aos que não tinham risco de transtorno alimentar (80,8% vs 61,2%, respectivamente). **Conclusão:** Independentemente do método utilizado para avaliar o estado nutricional, os adolescentes classificados com excesso de peso estão mais insatisfeitos com a sua imagem corporal. Além disso, a insatisfação corporal esteve também relacionada ao risco de transtornos alimentares. Desta forma, faz-se necessária a implementação de ações educativas nas escolas que visem prevenir a obesidade e, conseqüentemente, busquem uma melhor aceitação do corpo pelos adolescentes, garantindo, assim, melhor saúde e qualidade de vida desta população.

Palavras-chave: Estado nutricional. Transtornos do comportamento alimentar. Imagem corporal. Adolescentes. Escolares.

ABSTRACT

Introduction: Adolescents experience intense biological, cognitive, emotional, and social changes that expose health risk factors. However, in the search for their autonomy, they experience an important moment to adopt new practices and behaviors. Thus, the school environment could, on the one hand, be a space for the reproduction of risk behaviors; however, on the other hand, it constitutes an important locus for risk detection and health promotion. **Objectives:** To evaluate the association of body image with risk for eating disorders and nutritional status in school children. **Methods:** A cross-sectional study was carried out with 10 to 19 year-old children from a philanthropic Institution in the south of Santa Catarina. Demographic, socioeconomic, behavioral and mental health variables were evaluated through questionnaires. In addition, anthropometric variables were measured by trained interviewers. A descriptive analysis of the studied variables was carried out as well as a crude analysis of the association between body image perception, nutritional status and risk of eating disorder. Pearson's Chi-square test was used to evaluate the associations, considering a significance level of 5%. SPSS program version 22.0 was used to perform the analyzes. **Results:** Of the 279 students studied, 27% were classified as being overweight by the body mass index. The prevalence was higher when nutritional status was assessed by skinfolds and bioimpedance (33.9% and 29.6%, respectively). It was also observed that adolescents who were overweight were more dissatisfied with their body image when compared to those who were not overweight (82.4% vs. 59.1%, respectively). In addition, those students who were classified as having a risk of eating disorder showed greater dissatisfaction with their body image when compared to those who did not have risk of eating disorder (80.8% vs. 61.2%, respectively). **Conclusion:** Regardless of the method used to assess nutritional status, adolescents classified as overweight are more dissatisfied with their body image. Also, body dissatisfaction was also related to the risk of eating disorders. Thus, it is necessary to implement educational actions in schools that aim to prevent obesity and, consequently, seek a better acceptance of the body by adolescents, ensuring better health and quality of life to this population.

Keywords: Nutritional status. Eating disorders. Body image. Adolescent. School student.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Síntese de estudos nacionais com adolescentes que apontam a prevalência de: preocupação, insatisfação, distorção da imagem corporal e comportamento de risco para transtornos alimentares	21
Tabela 2 - Descrição dos escolares estudados de acordo com variáveis demográficas e socioeconômica. Criciúma-SC. (n=279).....	40
Tabela 3 - Descrição dos escolares estudados de acordo com variáveis antropométricas e comportamentais. Criciúma-SC (n=279).....	41
Tabela 4 - Características dos escolares estudados conforme variáveis de saúde mental. Criciúma-SC (n=279).....	42
Tabela 5 - Associação entre percepção da imagem corporal e as variáveis antropométricas e comportamental estudadas. Criciúma-SC (n=279).....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BSQ	Body Shape Questionnaire
DCS	Dobras cutâneas subescapular
DCT	Dobras cutâneas tricipital
EAT-26	Eating Attitudes Test
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Imagem Corporal
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPGSCol	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PSE	Programa Saúde na Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 SAÚDE DO ESCOLAR.....	11
1.2 ADOLESCÊNCIA	13
1.3 IMAGEM CORPORAL.....	15
1.3.1 Métodos de avaliação da imagem corporal	17
1.4 TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	18
1.4.1 Comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes	19
1.4.2 Métodos de avaliação de comportamentos de risco para transtornos alimentares	24
1.4.3 Saúde mental e transtornos alimentares em adolescentes.....	25
1.5 ESTADO NUTRICIONAL DE ADOLESCENTES	25
1.6 JUSTIFICATIVA	27
2 OBJETIVOS.....	29
2.1 OBJETIVO GERAL	29
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
3 MÉTODOS	30
3.1 HIPÓTESES.....	30
3.2 DESENHO DO ESTUDO	30
3.3 VARIÁVEIS	30
3.3.1 Dependente.....	30
3.3.2 Independentes	30
3.4 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	30
3.5 POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	31
3.5.1 Critérios de inclusão	31
3.5.2 Critérios de exclusão	31
3.6 AMOSTRA.....	31
3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	32
3.8 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA	32
3.9 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS	33
3.9.1 Variáveis sociodemográficas	33
3.9.2 Variáveis antropométricas e de composição corporal	33

3.9.2.1 Índice da Massa corporal	34
3.9.2.2 Percentual de gordura corporal	34
3.9.3 Estágio de desenvolvimento puberal	35
3.9.4 Comportamento de risco de transtornos alimentares	36
3.9.5 Imagem corporal	36
3.9.6 Indicativo de saúde mental.....	37
3.10 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	37
3.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	38
4 RESULTADOS.....	40
5 DISCUSSÃO	44
6 CONCLUSÃO	50
REFERÊNCIAS.....	51
APÊNDICE (S)	59
APÊNDICE A - TERMO DE ASSENTIMENTO	60
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	62
APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOCIO DEMOGRÁFICOS E ESTADO NUTRICIONAL.....	64
APÊNDICE D - INSTRUÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO EXAME DE BIOIMPEDÂNCIA.....	65
ANEXO (S).....	66
ANEXO A - CARTA DE ACEITE	67
ANEXO B - CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL.....	68
ANEXO C - ESTAGIAMENTO PUBERAL.....	70
ANEXO D - TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES.....	73
ANEXO E - BODYSHAPE QUESTIONNAIRE	75
ANEXO F - QUESTIONÁRIO INDICADORES DE SAUDE MENTAL	78
ANEXO G - APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA.....	79
ANEXO H -ESCALA DE SILHUETAS.....	78

1 INTRODUÇÃO

1.1 SAÚDE DO ESCOLAR

Adolescentes experimentam intensas mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais, sendo expostos a diversos fatores de risco à saúde. Por outro lado, na busca de sua autonomia, vivenciam um importante momento para adoção de novas práticas e comportamentos. Essa dinâmica complexidade consolida a importância de ações de vigilância e promoção a saúde do adolescente.^{1,2}

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), globalmente, diversos países fazem monitoramento da saúde de escolares, com ênfase na reestruturação de currículos e instauração de programas de saúde voltados para esse ciclo da vida³ constituindo a escola como importante *lócus* no monitoramento da saúde do escolar⁴. No Brasil, o Sistema Nacional de Monitoramento da Saúde do Escolar objetiva integrar as redes públicas de educação básica e de atenção à saúde nos territórios das Equipes de Saúde da Família, visando à formação integral dos estudantes por meio de ações de proteção, promoção e atenção à saúde^{4,5}.

A década de 90 marca historicamente as políticas públicas para os adolescentes no Brasil. A criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de Políticas de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens, além de diretrizes, visam o fortalecimento da promoção da saúde nas ações para o cuidado integral à saúde.^{6,7} Nesse contexto, ratificam-se os princípios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), incorporando o cuidado ao escolar na Estratégia de Saúde da Família (ESF), visando à integralidade das ações e o acesso dos escolares às ações específicas do Programa Saúde na Escola (PSE). A partir da compreensão desse espaço como relevante para a promoção da saúde, entre os desafios mais importantes situam-se a identificação e a vigilância de práticas de risco e elaboração de projetos de intervenção em áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis, incluindo nesse contexto a saúde mental e a alimentação saudável⁴.

Adicionalmente, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), subsidia importantes informações a gestores no que tange a Políticas Públicas de proteção à saúde dos escolares¹ e traz novamente à tona, entre outros aspectos, a

questão de vulnerabilidade do adolescente, reiterando a necessidade de abordagem de sua integralidade².

Nesse ciclo da vida, para além dos riscos à saúde ligados a agravos no estado nutricional, com destaque à instauração e manutenção do sobrepeso, derivado, entre outros aspectos, do comportamento alimentar, a globalização de padrões estéticos por meio da mídia e a internalização do corpo ideal leva, sobretudo entre as mulheres mais jovens, a um sentimento de insatisfação corporal¹.

Esse desenvolvimento de insatisfação corporal e/ou distorção da imagem corporal pode estar relacionado a várias doenças, entre elas a depressão e os transtornos alimentares⁸, impactando sobre as práticas alimentares, estado nutricional e saúde mental em geral. Em sua última edição, a PeNSE aponta que 18,3% dos adolescentes apresentam-se insatisfeitos com seu corpo, sendo que 25,6% manifestam o desejo de emagrecer, e pondera que a inadequação entre o ideal de um corpo magro, aceito na sociedade, e a forma pela qual o próprio corpo é percebido pelos adolescentes, pode acarretar atitudes extremas e prejudiciais à saúde na busca para atingir essa imagem idealizada. Essas atitudes podem compreender comportamentos alimentares restritivos, uso de métodos purgativos como indução de vômito ou a ingestão de laxantes, práticas exaustivas de atividade física, ou ainda a ingestão de medicamentos ou fórmulas com foco na perda de peso¹.

Segundo Ida e da Silva⁹, transtornos alimentares ultrapassam o âmbito exclusivo da experiência individual, constituindo-se um sintoma de exacerbação social na forma de pensar, sentir e experimentar o corpo, ligado ainda a interações disfuncionais do sistema familiar. Adicionalmente, adolescentes, para se sentirem aceitos, podem copiar atitudes e modos de vida do grupamento social¹⁰.

Nesse contexto, o ambiente escolar poderia, por um lado, ser espaço de reprodução de comportamentos de risco; contudo, por outro, constituir *lócus* importante para detecção de riscos e promoção da saúde. Para tal, estudos visando investigar aspectos ligados à satisfação com a imagem corporal, atitudes e comportamentos indicativos de risco de transtornos alimentares dentro da realidade de uma instituição de ensino público local, poderão contribuir para subsidiar ações de promoção e prevenção de saúde no âmbito do Programa Saúde na Escola.

1.2 ADOLESCÊNCIA

A exemplo da dinâmica mundial, que exige a todo tempo reconstrução dada à velocidade dos acontecimentos, também na adolescência as transformações são vertiginosas. Nessa etapa de transição, entre a infância e a vida adulta, rápidas alterações biopsicossociais e estímulos externos, como os vínculos sociais, influenciam as oscilações que acontecem no organismo. Para além das suas relações interpessoais, essa etapa de subjetivação, em permanente mudança, mescla intensidades verbais, afetos e códigos sociais¹⁰.

Para o Ministério da Saúde (MS)¹¹, a adolescência é demarcada por seus acontecimentos inerentes, destacando-se, as mudanças físicas, desenvolvimento, crescimento e maturação sexual. A concepção de adolescência centra-se também nos aspectos referentes aos riscos atribuídos pela curiosidade e experimentação vivenciados nesse ciclo da vida¹².

O início da puberdade é considerado uma linha de separação mais esclarecedora entre a infância e adolescência¹⁰. Segundo o Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF), a fase inicial da adolescência (10-13 anos) é um período marcado pelo rápido crescimento e pela entrada na puberdade. A adolescência intermediária (14-16 anos) caracteriza-se pelo desenvolvimento intelectual e pela maior valorização do grupo, na adolescência tardia (17-20 anos) consolidam-se as etapas anteriores. Nesta última fase, se todas as transformações tiverem ocorrido conforme previsto, incluindo a presença de um suporte familiar e do grupo de iguais, o adolescente estará pronto para as responsabilidades da idade adulta¹³.

De acordo com a OMS¹⁴, o período que corresponde à adolescência varia dos 10 aos 19 anos. Esse também é o critério adotado pelo MS brasileiro e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para o ECA, o período vai dos 12 aos 18 anos.⁹ Em geral, a adolescência inicia-se com as mudanças corporais da puberdade e termina com a inserção social, profissional e econômica na sociedade adulta¹⁶.

Quando se pesam as diferenças na formação da identidade individual e das alterações físicas que acompanham a formação de atitudes e práticas de comportamentos antes inexistentes nos adolescentes, é essencial considerar a

individualidade e todo o processo do desenvolvimento corporal e da imagem corporal¹⁷.

Há variadas formas de socialização na construção das características do adolescente, valores e estruturação de estilo de vida. Para se sentirem aceitos os adolescentes podem copiar atitudes e modos de vida do seu meio social. Nesse contexto, a mídia pode exercer grande poder e controle sobre as práticas e modo de vida desse grupo, podendo esses ser compelidos a reproduzir comportamento para não serem excluídos de grupamento social, estabelecendo-se, eventualmente, riscos de adoção de hábitos pouco saudáveis¹⁰.

Envolvendo questões de independência pessoal, a adolescência torna-se uma fase difícil, pois engloba aspectos como o desenvolvimento corporal, identidade sexual, capacidade de reprodução, independência, capacidade de compreensão, entre outras vivências ao longo desse desenvolvimento¹⁸.

Com várias mudanças físicas ocorrendo e se tornando visíveis, órgão sexuais se desenvolvendo e um rápido crescimento, as transformações podem se tornar razão e inquietude ou satisfação pelas alterações que o organismo e o corpo vêm atravessando¹⁰.

Além de importantes transformações corporais, a adolescência é uma etapa da vida caracterizada por um complexo processo de desenvolvimento psicológico e social¹⁹. Nessa etapa, as capacidades emocional, física e mental são drasticamente reestruturadas, ampliando-se o conhecimento de si mesmo que dá a origem aos sentimentos de autoestima e de questionamento dos valores dos pais e dos adultos em geral. Por outro lado, a eventual busca por amoldar-se conforme o convívio social a que estão habituados, pode levar a alteração do seu comportamento ou aparência. Por se sentirem desconexos com sua própria identidade pessoal e sexual podem ser expostos ou se tornarem praticantes de *bullying*¹⁰.

Esse período é marcado pela adoção de novas práticas, pelo ganho de autonomia, pela iniciação sexual e, também, pelo aumento da exposição a diversas situações de risco para a saúde. Uma vez instalados, estes fatores e agravos podem manter-se ao longo de toda a vida²⁰. Nesta perspectiva, órgãos nacionais e internacionais recomendam que sejam desenvolvidas ações de monitoramento de fatores de risco à saúde e destacam a importância de se desenvolverem sistemas de monitoramento dirigidos a crianças e adolescentes^{17,20}.

1.3 IMAGEM CORPORAL

A imagem corporal se dá a partir de várias dimensões, estendendo-se a aspectos sensoriais, perceptivos, cognitivos e afetivos, formando a unidade corporal de maneira única. Através de fatos vividos ao longo dos anos, os vários sentidos juntos, audição, tato, paladar e visão, tornam-se uma alusão do corpo, de si mesmo e para o outro, em relação ao que foi criado pela mente. Dá-se então a representação do próprio corpo construído e constituído através da mente e de si mesmo²¹.

O desenvolvimento da imagem corporal se processa desde o nascimento, dentro de uma estrutura complexa e subjetiva, sofrendo modificações que implicam na construção contínua e reconstrução incessante. As experiências corporais que determinam a imagem corporal auxiliam na modelação de um esquema que refletirá na adolescência e na vida adulta. Sua forma poderá ser lapidada, porém terá seus elementos da construção inicial preservados, apesar das transformações ocorridas ao longo da vida²¹.

Ao longo dos séculos, os padrões de beleza foram mudando. Atualmente, a beleza simboliza sucesso pessoal e profissional. Com isso em vista, os indivíduos perseguem, desesperadamente, a perfeição do corpo e essa busca idealizada não chega a um fim. A apreciação do corpo magro e a pressão para emagrecer, associadas com fatores biológicos, psicológicos e familiares, geram uma preocupação com o corpo e um medo patológico de engordar. Com a aparência em desenvolvimento, os adolescentes se tornam, muitas vezes, fragilizados diante das pressões sociais impostas em relação ao corpo. Em sua mente, eles idealizam um corpo ideal, e quanto mais esse corpo se distanciar do real, maiores serão as insatisfações com sua imagem corporal²³.

Ao se olhar no espelho o indivíduo forma uma imagem de si mesmo. A apropriação da imagem de si mesmo que ocorre quando alguém se olha no espelho, pode ocorrer de forma positiva ou negativa, já que a aceitação do outro em relação a si mesmo permite ou não sentir-se dentro dos padrões culturais de beleza. Como o bem-estar e a qualidade de vida provenientes do contentamento com o próprio peso corporal estão diretamente relacionados com a imagem corporal, os transtornos alimentares podem também derivar do descontentamento com o próprio corpo⁸.

A sociedade pode constituir um modelo de preocupações com as medidas corporais, dietas excessivas, comportamentos não-saudáveis de controle de peso e compulsões alimentares. Em decorrência disso, o indivíduo observa os comportamentos de outros e os imita, caracterizando, assim, o processo de modelagem²⁴.

Em geral, estão associados à insatisfação corporal, fatores sociodemográficos, antropométricos, influências culturais, percepções e preocupações dos pais sobre o estado nutricional dos filhos, além da pressão da mídia. A mídia tem papel crucial neste quadro com a imposição do corpo adequado aos padrões de beleza social, levando a uma maior ansiedade por técnicas estéticas e dietas que podem ser nocivas à saúde. Vê-se desse modo, um aumento na incidência de distorção da imagem corporal, podendo levar a consequências patológicas como a bulimia e anorexia nervosa, por exemplo²⁵. Nesse contexto, as alterações da imagem corporal podem atuar tanto como fatores predisponentes como mantenedores dos transtornos alimentares²⁶.

Embora a mídia e a sociedade estimulem determinada preferência de forma física para os homens e as mulheres, aspecto ao qual virtualmente todas as crianças e adolescentes estão expostos em algum nível, são atitudes familiares e do círculo de amigos que dão apoio à preferência de um corpo magro e encorajam a insatisfação corporal ou dão ênfase à saúde, conferindo a satisfação com a imagem corporal⁸.

Aparentemente, a insatisfação com a imagem corporal difere entre meninos e meninas. As meninas exibem uma maior prevalência de insatisfação corporal comparativamente aos meninos e tendem a escolher imagens mais “ideais” para si. Em geral, a satisfação corporal entre os meninos está positivamente correlacionada com a autoestima. Contudo, é possível que os níveis de insatisfação entre os meninos sejam maiores do que aqueles estimados. Embora tal tendência possa naturalmente operar em qualquer direção, uma possibilidade provável é que os meninos possam minimizar seu verdadeiro grau de insatisfação na presença de um entrevistador²⁷.

Relata-se alta prevalência de insatisfação corporal entre as crianças e adolescentes⁸. O autor enfatiza que o desenvolvimento de uma imagem corporal negativa pode estar relacionado à depressão, obesidade e transtornos alimentares

como anorexia e bulimia. Enfatiza ainda, que a melhor forma de prevenir é tentar abordar a satisfação com a imagem corporal enquanto essa está em formação.

1.3.1 Métodos de avaliação da imagem corporal

Embora haja limitações nos métodos quantitativos para avaliação da imagem corporal, uma vez que eles apresentam uma visualização de uma dimensão específica de um determinado grupo, não se pode esquecer que dados gerados através de entrevistas ou escalas pertencem ao contexto da avaliação²⁸ e são validados para tal. Entre as diversas formas para avaliar a imagem corporal, há escalas validadas disponíveis no Brasil e que podem ser usadas no acompanhamento clínico e na pesquisa²⁶.

Uma delas, denominada *Body Shape Questionnaire* (BSQ), foi validada para a população adolescente brasileira com boas propriedades psicométricas¹⁵. Esse instrumento é composto por 34 questões no formato de escala do tipo Likert, para autopreenchimento, com pontuação variando de 1 (nunca) até 6 (sempre) e avalia a frequência de preocupação ou descontentamento com o peso e a aparência física, ou seja, insatisfação corporal. Quanto maior o escore, maior é a depreciação com a imagem corporal. Entre os pontos de corte propostos, a categorização descrita²⁹ estabelece que a pontuação com escores < 80 indica que o indivíduo está “livre de insatisfação corporal”; escores ≥ 80 e < 110 são categorizados em “leve insatisfação”; entre ≥ 110 e < 140 como “insatisfação moderada” e ≥ 140 como “grave insatisfação corporal”.

A autoimagem também pode ser aferida por meio da utilização de escala de silhuetas, uma das mais utilizadas é a escala de silhuetas de Stunkard et al.³⁰ Childress et al.³¹ adaptaram essa escala para a utilização em crianças e adolescentes americanos. Enquanto a escala original de Stunkard et al.³⁰ foi validada para a população adulta brasileira³², a escala de Childress et al.³¹ foi validada para adolescentes brasileiros de 10 a 19 anos residentes em Florianópolis, Santa Catarina³³. Tanto adolescente do sexo feminino quanto masculino com maiores z-escores para o Índice de Massa Corporal (IMC) escolheram imagens maiores; além disso, meninas com maiores z-escores para IMC, mostraram maior insatisfação corporal. A escala consiste em 8 figuras que representam contornos do corpo de crianças e adolescentes, variando de muito magro (contorno 1) a obeso (contorno 8).

Das oito figuras disponíveis, os adolescentes devem escolher a que representa seu tamanho corporal atual (a imagem mostrando a silhueta que acreditam ter) e a que representa sua imagem corporal ideal (a que gostariam de ter). O grau de insatisfação é dado pela diferença entre a imagem corporal ideal e a imagem com qual o adolescente se percebe atualmente³³. Este escore varia de -8 a + 8 e quanto maior a diferença, maior a discrepância corporal e, conseqüentemente, mais insatisfeito está o adolescente³². O escore mostra insatisfação quando >0 e satisfação quando o escore é igual a 0.33

1.4 TRANSTORNOS ALIMENTARES

Entre os principais transtornos alimentares destacam-se a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. No que se refere à anorexia, essa é composta por distúrbio emocional e alimentar caracterizado por recusa em manter um peso corporal em harmonia com a altura, que é, em geral, no mínimo, 15% abaixo do esperado para uma determinada estatura, intenso medo de ganhar peso e engordar, distorção da imagem corporal, como sentir-se gordo, quando, na verdade, o indivíduo pode estar muito magro. Esse distúrbio ocorre com mais frequência em jovens, muitas vezes, na adolescência, e é relacionado com o ideal estético veiculado pela mídia e reforçado pela cultura de consumo de beleza. Pelo comportamento alimentar restritivo, cursa com transtornos relacionados com a desnutrição e alterações endócrinas, sendo a amenorreia umas das suas características^{11,34}. A anorexia pode ser classificada em subtipos: restritivo, quando durante os últimos três meses, o indivíduo não teve episódios recorrentes de comportamentos compulsivos ou purgativos e a perda de peso é alcançada através de dietas, jejuns e/ou atividades físicas; e, compulsivo-purgativo, quando, durante os últimos três meses, o indivíduo teve episódios recorrentes de comportamentos compulsivos ou purgativos (vômitos, abuso de laxantes e diuréticos ou enemas). A gravidade do quadro pode ser estimada como grave quando o IMC é de 15 kg/m², e extremamente grave quando é menor que 15 kg/m²³⁴.

Pela vulnerabilidade do adolescente e as amplas repercussões da anorexia nervosa na qualidade de vida e saúde do adolescente, recentemente o MS, visando garantir a atenção integral durante a adolescência na Atenção Básica, reconhecendo-a como questão prioritária na atenção à saúde, propôs o documento

“Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica”¹¹. Este documento foi elaborado visando auxiliar as Equipes de Atenção Básica/Saúde da Família nas ações envolvendo esse segmento da população. O documento orienta distúrbios alimentares a serem observados, objetivando proteção e cuidado do adolescente, ressaltando em seu protocolo a avaliação clínica para verificar risco de vida devido à desnutrição, buscando fazer diagnóstico diferencial com outras doenças psiquiátricas como a depressão. Além disso, orienta os profissionais a procurar conhecer a estrutura familiar e de suporte social. Alerta ainda para a importância de um profissional da área de Saúde Mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e do apoio do nutricionista¹¹.

Em contrapartida, a bulimia nervosa, mais comum em mulheres jovens, tem seu início, frequentemente, no final da adolescência, caracterizando-se por períodos de compulsão alimentar, seguida de purgação por meios diversos, como vômitos provocados, uso de laxativos e diuréticos, ou outros medicamentos, além de exercícios vigorosos. Ao contrário da anorexia, na bulimia, os indivíduos podem estar eutróficos ou até mesmo com sobrepeso, contudo, a autoavaliação de peso e forma corporal é indevida^{11,34}. Pelos distúrbios hidroeletrólíticos e acidobásicos decorrentes dos métodos purgativos utilizados, ocorre risco de vida também nesse distúrbio. É considerada grave quando ocorrem em médio de 8 a 13 episódios de comportamentos compensatórios por semana³⁴. Entre as condutas sugeridas aos profissionais do NASF, são descritas a avaliação da história dos adolescentes e riscos para depressão, acompanhamento por profissionais de Saúde Mental ou encaminhamento a serviços especializados com equipe multidisciplinar¹¹.

São descritos, ainda, os transtornos da compulsão alimentar periódica, caracterizados por compulsão alimentar não associada com o recorrente uso de comportamentos compensatórios inapropriados como na bulimia nervosa, e não ocorre exclusivamente durante o curso da bulimia nervosa ou anorexia nervosa e outros transtornos como a síndrome da alimentação noturna³⁴.

1.4.1 Comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes

Em revisão da literatura foi identificado que os transtornos alimentares são comuns na infância e na adolescência, sendo atribuídos principalmente ao ambiente familiar e à exposição aos meios de comunicação, sendo acompanhados

muitas vezes de comorbidades psicológicas³⁵. A prevalência de transtornos varia na literatura. Em pesquisa com 652 adolescentes do sexo feminino, os fatores de risco para o desenvolvimento dos transtornos alimentares foram observados em 25,2%; 1,2% mostraram grande possibilidade de desenvolvimento. O desejo de emagrecer era manifestado por 44,5% das meninas e 50,5% delas almejavam um peso que as classificariam como abaixo do adequado segundo o IMC³⁶.

Outro estudo constatou prevalência de 0,3% para anorexia e 0,9% para bulimia em adolescentes. Os autores ponderam que as prevalências reais não foram obtidas devido à resistência de indivíduos com transtornos em participar da pesquisa³⁷. Prevalências maiores, de 15,6% para anorexia foram encontradas em adolescentes de 10 a 19 anos de escolas de Florianópolis, Santa Catarina. Insatisfação com a imagem corporal foi expressa por 18,8% dos escolares, estando essa associada com a anorexia³⁸. Além disso, o estado nutricional também esteve associado à presença de sintomas de transtornos alimentares em 27,6%³⁹.

Mais recentemente, a PenSE mostrou 18,3% dos adolescentes insatisfeitos com o seu corpo, sendo que 25,6% manifestaram o desejo de emagrecer. Entre as adolescentes do sexo feminino, 30,3% desejavam emagrecer. Essa proporção era maior na Região Sul (36,6% das adolescentes do sexo feminino).

A Tabela 1 abaixo sintetiza estudos nacionais com adolescentes que apontam a prevalência de: preocupação, insatisfação, distorção da imagem corporal e comportamento de risco para transtornos alimentares. Alguns estudos também relacionam esses fatores com o estado nutricional e o consumo alimentar dos participantes.

Tabela 1 - Síntese de estudos nacionais com adolescentes que apontam a prevalência de: preocupação, insatisfação, distorção da imagem corporal e comportamento de risco para transtornos alimentares

REFER.	MODAL.	LOCAL	POPULAÇÃO	PREVALÊNCIA ALIMENTARES E/ODISTORÇÃO DA IMAGEMCORPORAL	TRANSTORNOS DA	ESTADO NUTRICIONAL	CONSUMO ALIMENTAR	OBSERVAÇÕES
Ferreira et al, 2013	Artig	Distrito Federal	977 adolescentes, 51.6% do sexo feminino e 48.4% do sexo masculino idade entre dez e dezoito anos (14.07 ± 1.45 anos).	Em relação a seu peso, 52.9% relataram tentar manter ou não fazer nada, 21.5% relataram tentar emagrecer, e 25.5% relataram tentar ganhar peso.		IMC: a maior parte dos adolescentes (79.1%) foram considerados eutróficos; 11.7% foram considerados com excesso de peso e 9.2% com baixo peso.	-	69% afirmou ter os sinais de maturação
Pelegrini et al, 2006	Artigo	Três deaio / RS	624 adolescentes entre 14 – 19 anos. 317 sexo masculino e 343 sexo feminino	A insatisfação com a imagem corporal 71,4%.		Sexo feminino 86,3% eutrófico e 13,7% excesso de peso. Sexo masculino 83,9% eutrófico e 16,1% excesso de peso.	-	-
Fortes et al, 2012	Srtig	juiz de Fora (MG),	362 paticipantes com idade entre 10 – 15 anos	50% apresentaram preocupações relacionadas ao corpo, sujeitas a transtorno alimentares		IMC: 10 anos – 16,9kg/m² para meninas e 16,4kg/m² para meninos; 11 anos. 17,4kg/m² meninas e 17,1kg/m² meninos; 12 anos – 18,0kg/m² para meninas e 18,3kg/m² para meninos; 13 anos – 18,9kg/m² meninas e 18,5kg/m² meninos; 14 anos – 20,1kg/m² para meninas e 19,6kg/m² para meninos; e 15 anos – 20,6kg/m² meninas e 20,8kg/m² meninos.	-	O sexo feminino apresentou maior restrição alimentar (Dieta), pressão ambiental percebida para ingestão de alimentos (Autocontrole oral), insatisfação corporal e %G quando comparado aomasculino.
Feldenetal, 2015	Artigo	anta Maria - RS	1126 adolescentes (506 rapazes e 620 moças), de 13 a 21 anos.	Insatisfação pelo excesso de peso é de 31,6% no sexo masculino e 52,4% no sexo feminino. Enquanto a insatisfação pela magreza é de 38 % no sexo masculino e 17,3 % no sexo feminino.		-	-	-
Mirandaetal, 2014.	Artigo	Municípios da Zona da Mata mineira (Minas Gerais)	A amostra foi composta por 445 adolescentes (190 meninos e 255 meninas) com idade média de 16,44 anos.	SBQ: 27,8% dos adolescentes manifestaram algum nível de insatisfação corporal (sendo os adolescentes com sobrepeso e obesidade os com maiores índices de insatisfação em relação àqueles com baixo peso e eutrofia). Destes 4% apresentaram grave insatisfação corporal, sendo 77,77% do sexo feminino.		IMC eutrofia: 84,9%,	-	Em relação ao sexo percebeu-se que as meninas apresentaram aproximadamente 3 vezes mais chances de serem insatisfeitas em relação aos meninos
Pereira et al, 2015.	Artig	Minas Gerais.	59 adolescentes entre 13 e 16 anos.	-		-	Os hábitos alimentares revelaram elevados consumo de alimentos altamente calóricos, ricos em açúcares simples, sódio e gordura (doces, lanches tipo <i>fastfood</i> e refrigerantes) e baixo consumo de frutas, verduras e legumes,	96,61% dos estudantes afirmaram saber o que é nutrição e quase a metade do grupo se preocupava com a alimentação (44,07%)
Silvaet al, 2012.	Artig	Ouro preto - MG	175 alunas entre 18 – 20 anos	EAT-26; 21,7% das estudantes apresentaram alto risco de desenvolverem		IMC, 9,4% baixo do peso, 82,1% eutrofia, 6,8% com sobrepeso e 1,7% com obesidade.	-	-

REFER.	MODAL.	LOCAL	POPULAÇÃO	PREVALÊNCIA ALIMENTARES E/ODISTORÇÃO DA IMAGEM CORPORAL	TRANSTORNOS DA	ESTADO NUTRICIONAL	CONSUMO ALIMENTAR	OBSERVAÇÕES
				transtornos alimentares. BSQ: 22,9% apresentaram insatisfação leve, 8,0% insatisfação moderada e 5,7% insatisfação grave.				
Finato, 2012.	Artigo	Caxias do Sul - RS	1.417 escolares entre 11 e 15 anos.	A prevalência de insatisfação com a imagem corporal foi de 71,5%.		30,1% apresentaram sobrepeso e obesidade.	-	-
Palma et al 2013.	Artigo	Rio de Janeiro	2.149 estudantes do sexo feminino, entre 14 e 18 anos de idade.	93,58% expressaram o desejo de modificar sua massa corporal, sendo 70,82% com o intuito de perder massa corporal. 42,48% adolescentes manifestaram insatisfação com o corpo, sendo que 30,45% desejariam perder peso, enquanto 12,01% gostariam de ganhar peso.		-	-	-
Neves et al, 2013.	Artigo	Três Rios - RJ	285 participantes com idade entre 10 – 18 anos.	BSQ: 24,9% com algum grau de insatisfação com a imagem.		-	-	-
Marques, 2012.	Artigo	Itajai - SC	214 adolescentes, com idade média de 12,4 anos e predomínio do sexo feminino (65,4%).	Prevalência de insatisfação corporal foi de 74,3%,		Eutrofia: 79,4% Excesso de peso 9,8% Obesidade 8,4%	-	15,5% dos participantes possuíam valores excessivos de massa gordurosa na região da cintura.
Dumith et al, 2013.	Artigo	Pelotas, RS	325 indivíduos de 14 a 15 anos	A insatisfação corporal, avaliada pela escala de silhuetas, atingiu 51,0% dos meninos e 65,6% das meninas.		Eutrofia em 56% dos meninos e 42% das meninas.	-	Adolescentes abaixo e acima do peso apresentaram maior grau de insatisfação corporal do que aqueles eutróficos.
Petroskiet al, 2012.	Artigo	Saudades (SC)	641 adolescentes de 11 a 17 anos.	A prevalência de insatisfação com a Imagem Corporal foi de 60,4% (masculino = 54,5%, feminino = 65,7%;		-	-	A estética, a autoestima e a saúde são os motivos que mais influenciam a insatisfação com a Imagem corporal.
Branco et al, 2006.	Artigo	São Paulo (SP)	1009 adolescentes de 14 a 19 anos de idade.	Aproximadamente 39% das meninas eutróficas se percebiam em sobrepeso e 47% daquelas nesta condição se percebiam obesas. Entre os meninos 26% daqueles em sobrepeso se acharam eutróficos e 46% dos obesos se acharam somente em sobrepeso ou eutrofia.		Sexo feminino: Baixo peso: 1,9% Eutrofia 84,5% Sobrepeso: 10,2% Obesidade: 3,4% Sexo masculino: Baixo peso 4,0% Eutrofia: 74,2% Sobrepeso: 15,9% Obesidade: 5,9%	-	-
Pedroni; et al, 2013.	Artigo	Caxias do Sul, RS.	1230 escolares entre 11 a 14 anos (meninos e meninas)	Os escolares insatisfeitos com a imagem corporal apresentaram quase 5 vezes mais chances para obesidade abdominal e quase 4 vezes mais chances para excesso de gordura corporal em relação aos estudantes satisfeitos com a imagem corporal.		As prevalências de obesidade abdominal e excesso de gordura corporal foram 28,7% e 40,1%, respectivamente.	60,8% consumiam 4 ou mais refeições	-
Alves et al, 2006.	Artigo	Florianópolis (SC)	1219 adolescentes do sexo feminino, na faixa etária de 10 a 19 anos.	A prevalência de sintomas de anorexia nervosa foi de 15,6% e de insatisfação com a imagem corporal foi de 18,8%.		Baixo peso 3,7% Eutrofia 82,6 Sobrepeso 9,4% O Obesidade 4,4%.	-	A menarca, considerada indicador da maturação sexual feminina, foi observada em 72% das adolescentes.

REFER.	MODAL.	LOCAL	POPULAÇÃO	PREVALÊNCIA ALIMENTARES E/ODISTORÇÃO DA IMAGEMCORPORAL	TRANSTORNOS DA	ESTADO NUTRICIONAL	CONSUMO ALIMENTAR	OBSERVAÇÕES
Lepsen, Da Silva, 2012.	Artigo	Rio Grande do Sul	510 alunos com idade entre 13 e 19 anos	16,9% de insatisfação com a imagem corporal, 11,5% de preocupação leve, 3,6% de preocupação moderada e 1,8% de preocupação severa. BSQ: Mais de 90,0% dos participantes do sexo masculino e 76,5% do sexo feminino estavam satisfeitos com sua imagem corporal.		Eutrofia 82,9% Sobrepeso 11,8% Obesidade 5,3%	-	A prevalência de inatividade física foi de 53,3%;
Santostet al, 2014.	Artigo	Parati-PR.	340 estudantes do sexo feminino entre 15 e 19 anos	A insatisfação com a imagem corporal foi relatada por 70,9% das adolescentes. 75,5% das adolescentes insatisfeitas com a sua imagem corporal desejam reduzir a sua silhueta corporal	Eutrofia Acima do peso Baixo peso	48,8% 8,8% 42,4%	-	-
Vilela et al, 2004.	Artigo	Rio de Janeiro	1.807 estudantes com idade entre 15 e 19 anos.	EAT:13,3% apresentaram possíveis transtornos de alimentação, com predominância significativa do sexo feminino. BITE: 1,1% apresentaram um escore compatível com bulimia nervosa. 59% insatisfeitos com sua imagem corporal, 40% em uso de dieta para emagrecer e 56% que praticavam atividade física com a finalidade de perder peso. Os episódios bulímicos foram encontrados em 12%, e 10% utilizavam métodos purgativos para perder peso.		-	-	-
Hulsmeijer et al, 2011	Artigo	Paraná	407 adolescentes entre 14 e 19 anos,	Sintoma de anorexia de 16,0%. Insatisfação com a imagem corporal foi de 77,9%		Eutrofia 83,8% Sobrepeso 10,1% Obesidade 4,4%	-	
Fortes et al, 2014.	Artigo	Minas Gerais	Participaram 397 adolescentes com idade entre 12 e 17 anos.	30,6% das adolescentes demonstraram insatisfação corporal. EAT-26: 56% das adolescentes estavam com baixa autoestima		-	-	
Conti et al, 2009	Artigo	São Paulo	386 jovens de ambos os sexos, na faixa etária de 11 a 18 anos.	97,3% registrou algum nível de insatisfação corporal. Desejo de diminuir alguma parte corporal 40,2%.		-	-	-
Glaner et al, 2013.	Artigo	Santa Catarina	Participaram 637 adolescentes entre 11-17 anos.	A prevalência de insatisfação com a imagem corporal foi de 60%		Eutrofia 77,2% Baixo peso 7,5% Obesidade 15,2%	-	
Fortes et al, 2015.	Artigo	Minas Gerais	471 adolescentes entre 12 e 16 anos.	BSQ: 23,2% das adolescentes manifestaram insatisfação corporal. EAT-26: 21,7% para os comportamentos de risco para TA.		-	-	

(EAT-26): Eating Attitudes Test-26; (IMC) Índice de Massa Corporal; (BSQ) Body Shape Questionnaire

Tanto a anorexia quanto a bulimia caracterizam-se por padrões anormais de comportamento alimentar, sendo comum a preocupação com a alimentação. Na anorexia e na bulimia a alimentação pode remeter a algo negativo. O consumo alimentar pode ser marcado pela restrição de alimentos mais calóricos, carboidratos e lipídios, ou ainda, para comportamento alimentar monótono e ritualizador³⁵.

Adolescentes com inadequado requerimento energético ou que omitiam refeições, apresentavam maior prevalência de EAT positivo, contudo, o estudo não encontrou associação estatisticamente significativa entre o consumo alimentar, sintomas de risco para transtornos alimentares ou insatisfação com imagem corporal⁴⁰.

Por outro lado, a qualidade da dieta mostrou-se baixa, com deficiência energética e de micronutrientes e com omissão de refeições em adolescentes praticantes de balé clássico, esporte ao qual é atribuída maior incidência de distúrbios alimentares⁴¹. No que se refere a escolares em geral, por sua vez, o estudo da PenSE, mostrou que, 41,6% dos estudantes informaram consumir guloseimas cinco dias ou mais em uma semana normal¹.

Sendo a adolescência uma fase de intenso crescimento e desenvolvimento do organismo, essas muitas transformações levam a necessidades diferenciadas de nutrientes. Contudo, o consumo de alimentos pode ser modificado por convívio social ou motivos psicológicos e socioeconômicos. O hábito de comer alimentos industrializados, *fastfoods* e trocar refeições por lanches, pode advir da influência de amigos e a busca por uma identidade. A compreensão condicionante desse quadro mostra, dentre múltiplos fatores, a mídia como influência de preferências alimentares, contribuindo para a conformação de um ambiente obesogênico. Os adolescentes podem ser considerados um grupo de risco nutricional, devido à inadequação de sua dieta decorrente do aumento das necessidades energéticas e de nutrientes para atender à demanda do crescimento⁴².

1.4.2 Métodos de avaliação de comportamentos de risco para transtornos alimentares

Entre os diversos instrumentos para avaliar os comportamentos de risco para transtornos alimentares, o *Eating Attitudes Test* (EAT-26) foi validado para a população adolescente brasileira por Bighetti et al.⁴³. O questionário é composto por

26 questões que buscam avaliar a recusa patológica a alimentos com alto teor calórico, a preocupação com a aparência física, episódios de compulsão alimentar, comportamentos purgativos para perda/controlar de peso corporal, o autocontrole em relação à comida e as forças ambientais/sociais estimulantes à ingestão alimentar. Há seis possibilidades de resposta em cada item, que variam de 0 (poucas vezes, quase nunca e nunca) a 3 (sempre). A única questão que apresenta pontuação em ordem reversa é a 25. O escore do EAT-26 é feito pela soma de seus itens. Quando o total é maior ou igual a 21, a presença de transtornos de conduta é positiva (EAT+). No estudo de validação, foi evidenciada consistência interna de 0,82⁴³.

1.4.3 Saúde mental e transtornos alimentares em adolescentes

Na adolescência, durante a fase de instabilidade emocional são frequentes as situações de ansiedade e sofrimento subjetivo, como o sentimento de solidão, existência ou não de amigos próximos ou insônia em função de preocupações subjetivas. Nos escolares investigados pela PenSE 2016¹, cerca de 16,4% responderam ter se sentido só, na maioria das vezes ou sempre, nos 12 meses que antecederam a pesquisa, percentual que, nas adolescentes do sexo feminino era mais que o dobro do reportado pelo sexo masculino. Da mesma forma, a proporção de meninas com distúrbios de sono (15,4%) era mais do que o dobro à dos meninos (6,9%). Por outro lado, apenas 4,3% dos escolares informaram não ter nenhum amigo, o que, embora represente um baixo percentual, pode comprometer a saúde mental desses escolares¹¹.

O conceito de saúde mental é mais amplo do que a simples ausência de transtornos mentais, envolvendo níveis de qualidade de vida cognitiva ou emocional⁴⁴. Se por um lado o sofrimento subjetivo e distúrbios pré-clínicos de insatisfação ou distorção da imagem corporal podem impactar decisivamente na saúde mental, por outro, transtornos mentais, dentre eles, os transtornos do comportamento alimentar, depressão, ansiedade e transtornos por uso de substâncias, impõem uma enorme carga global de doença que afeta o funcionamento e a qualidade de vida^{45,46}.

1.5 ESTADO NUTRICIONAL DE ADOLESCENTES

O estado nutricional é um método importante para o diagnóstico e acompanhamento nutricional, possibilitando avaliar e monitorar a situação nutricional e de evolução dos adolescentes, averiguando o crescimento e as proporções corporais para possíveis intervenções. Este pode ser considerado como um dos critérios de qualidade de vida dessa população^{47,48}.

Atenta ao quadro nutricional, a OMS sugere que pesquisas com adolescentes utilizem medidas antropométricas, possibilitando a detecção precoce de disfunções orgânicas, estados de subnutrição ou de excesso de peso e fatores de risco para desenvolvimento de DCNT. O IMC é um método bastante aceito cientificamente devido à facilidade de sua aplicação e por apresentar relação com a gordura corporal total, mesmo em populações jovens. Os pontos de corte para classificação do baixo peso, sobrepeso e obesidade devem ser estabelecidos através de amostras representativas do país, adequadas à faixa etária e sexo ferreira.^{14, 20, 81}

Devido à característica única do estirão puberal, os dados antropométricos devem ser obtidos de forma padronizados, uniformizando assim os critérios empregados. Os métodos utilizados para a avaliação do estado de nutrição, tem por objetivo detectar o problema nutricional visando estabelecer atitudes de intervenção^{2, 49}.

Por ser a adolescência, uma fase de velocidade rápida e de mudanças corporais, torna-se difícil estabelecer um peso adequado. Recomenda-se então levar em consideração algumas características para abranger de maneira global essa população. É necessário determinar relação entre sexo, idade, estatura, estágio de maturação sexual e variabilidade de peso entre a população conforme genética e etnicidade. Para avaliação da composição corporal é importante utilizar as medidas de dobras cutâneas tricipital e subscapular e relacionar com o IMC, sendo essa junção, de peso, altura e dobras cutâneas a forma mais comum para obter resultados na avaliação da composição corporal⁴⁹.

Apesar de muito utilizada e seus muitos benefícios a maior desvantagem da antropometria é que, isoladamente, não identifica deficiências específicas, como a hipovitaminose A, anemia ferropriva e deficiência de cálcio, nutrientes muitas vezes deficientes em dietas de crianças e adolescentes. Nessas situações, há necessidade de exames complementares para a conclusão diagnóstica⁴⁸.

Segundo pesquisa da PeNSE 2016, o indicador de excesso de peso mostrou que 23,7% dos escolares estavam acima do peso, variando entre 23,7% para o sexo masculino e 23,8% para o sexo feminino. Dentre esses com excesso de peso, 8,3% dos meninos e 7,3% das meninas foram classificados como obesos. A Região Sul apresentou 2,4% de baixo peso, o menor índice entre as regiões, sendo que a obesidade foi observada em maior quantidade na Região Sul, com 10,2%¹.

1.6 JUSTIFICATIVA

A percepção do próprio corpo e a satisfação com a imagem corporal são fatores essenciais na auto aceitação do adolescente. Se esses fatores forem negativos, podem gerar atitudes inadequadas que prejudicam seu crescimento e desenvolvimento⁷⁰.

No entanto, a idealização do corpo perfeito vem influenciando as pessoas em relação à sua própria aparência. A visão subjetiva que o indivíduo tem a respeito de si mesmo, pode levar a um controle exagerado do peso corporal e às restrições alimentares⁶⁷.

A autoestima prejudicada, juntamente com a distorção de imagem corporal, leva a uma busca sem fim pela perda de peso, podendo acarretar deficiências nutricionais graves e a uma saúde frágil, sendo considerados fatores importantes no surgimento de transtornos alimentares²⁴.

A percepção corporal insatisfatória por parte do adolescente encontra-se intimamente ligada ao desenvolvimento de transtornos alimentares, como anorexia e bulimia. O autor enfatiza que o grande medo do ganho de peso pode levar a comportamentos alimentares doentios. Quando há frustração em relação ao corpo real, o adolescente tende a idealizar seu formato corporal. Ao perceber que a realidade está longe de seu corpo idealizado, poderá haver comprometimento de sua autoestima e desencadear uma distorção ou insatisfação da imagem corporal²⁴.

Em seu estudo com 139 adolescentes, foi associada à distorção de imagem corporal com o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares, sendo mais evidente nas meninas. Diante da importância do tema para a saúde dos adolescentes, são necessárias medidas de investigação junto aos escolares na tentativa de auxiliá-los futuramente em uma melhor aceitação do seu corpo⁶⁸.

Em um estudo sobre a influência da imagem corporal como causa da incidência de transtornos alimentares, verificou-se que, dos 30 adolescentes que participaram da pesquisa, 86,9% deles estavam insatisfeitos com a imagem corporal, podendo tal resultado colaborar para ocorrência de transtornos alimentares⁷².

Foi avaliado 147 adolescentes de 10 a 14 anos e obteve-se como resultado uma associação estatisticamente significativa relacionando a insatisfação corporal e o excesso de peso⁷¹. Constataram ainda que as influências socioculturais afetam de modos diferentes meninos e meninas. A insatisfação com a imagem corporal foi mais prevalente entre os adolescentes em sobrepeso e obesidade. Os meninos tendem a aceitar a sua imagem corporal, mesmo que dentro de um estado nutricional inadequado, enquanto as meninas parecem mais preocupadas⁷⁰.

Os transtornos alimentares na adolescência vêm aumentando nas últimas décadas. Além disso, tem se mostrado cada vez mais precoce, tornando-se um grave problema de saúde pública⁶⁹. Como as insatisfações, distorções da imagem corporal e os transtornos alimentares surgem com maior frequência na adolescência, torna-se essencial o diagnóstico precoce dos transtornos alimentares para o manejo e prognóstico destas condições⁷⁰.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a associação da imagem corporal com o estado nutricional e com o risco para transtornos alimentares em escolares de uma instituição Filantrópica do Extremo Sul Catarinense.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Avaliar o estado nutricional por meio de parâmetros antropométricos e de composição corporal;
- ✓ Caracterizar aspectos demográficos e socioeconômico dos adolescentes (idade, sexo, cor da pele, classe social);
- ✓ Verificar a presença de distorção e de insatisfação com a imagem corporal;
- ✓ Investigar a presença de padrões de risco para transtornos alimentares;
- ✓ Investigar indicativos de saúde mental;
- ✓ Avaliar a associação entre a percepção de imagem corporal e o estado nutricional;
- ✓ Avaliar a associação entre risco para transtornos alimentares e percepção da imagem corporal.

3 MÉTODOS

3.1 HIPÓTESES

- ✓ Cerca de um terço dos adolescentes têm excesso de peso;
- ✓ A maioria dos indivíduos é do sexo feminino, possui menos de 15 anos de idade, pertence à classe social C e é de cor da pele branca;
- ✓ A grande maioria dos adolescentes está insatisfeito com sua imagem corporal;
- ✓ Metade dos escolares apresenta risco de transtorno alimentar;
- ✓ A maior parte dos indivíduos tem poucos amigos, se sentem sozinhos e referem não conseguir dormir devido à preocupação;
- ✓ Os adolescentes com excesso de peso apresentam maior insatisfação corporal;
- ✓ Adolescentes insatisfeitos com a sua imagem corporal têm maior risco de transtornos alimentares.

3.2 DESENHO DO ESTUDO

Estudo transversal.

3.3 VARIÁVEIS

3.3.1 Dependente

Imagem corporal.

3.3.2 Independentes

Idade, sexo, cor da pele, classe social, estado nutricional, transtorno alimentar e saúde mental.

3.4 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Instituição Filantrópica Bairro da Juventude, Criciúma, Santa Catarina, no período de agosto a novembro de 2017.

3.5 POPULAÇÃO EM ESTUDO

Escolares adolescentes regularmente matriculados na Instituição Filantrópica Bairro da Juventude no 5º ao 9º ano do Ensino Fundamental ou em Curso de Educação Profissionalizante.

3.5.1 Critérios de inclusão

Escolares de ambos os sexos, com idade entre 10 a 19 anos regularmente matriculados no Ensino Fundamental ou Curso de Educação Profissionalizante no período letivo de 2017.

3.5.2 Critérios de exclusão

Inviabilidade ou não concordância na aferição antropométrica, manifestação de desconforto frente às medidas antropométricas ou questionários, infrequência nos dias das coletas, grau de deficiência cognitiva que inviabilize responder os questionários segundo avaliação efetuada por psicólogo da instituição, não assentimento dos adolescentes, não concordância dos responsáveis em assinar o Termo e Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), independentemente do assentimento dos adolescentes.

3.6 AMOSTRA

Para o cálculo do tamanho da amostra, foram consideradas as 29 turmas do ensino fundamental (3 turmas do 5º, 6º e 7ºano e 2 turmas do 8º e 9º ano) e do ensino profissionalizante(2 turmas de cada curso: padaria e confeitaria, cozinha industrial, solda, mecânica de automóveis, programador de computador, mecânica geral e eletroeletrônica) totalizando 910 alunos. Considerando o tamanho da população (910 alunos), frequência do desfecho de 50% e confiança de 95%,

chegou-se a uma amostra de 271 alunos. Acrescentando-se 10% para possíveis perdas ou recusas, obteve-se amostra final de 298 alunos.

A amostragem foi realizada proporcionalmente ao número de alunos matriculados em cada ano do ensino fundamental ou do curso profissionalizante. Posteriormente, sorteou-se uma turma de cada ano e uma turma de cada curso profissionalizante para fazer parte da pesquisa. Todos os alunos pertencentes às turmas sorteadas foram convidados a participar do estudo.

3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram digitados e analisados no programa IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 22.0). Foram realizadas análises descritivas das variáveis estudadas, apresentando as frequências absoluta e relativa das variáveis qualitativas. Para avaliar as associações da percepção da imagem corporal com estado nutricional e transtorno alimentar foi realizada análise bruta através do teste Qui-quadrado de Pearson, utilizando nível de significância de 5%.

3.8 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA

A instituição foi contatada para realização do projeto, e a concordância da instituição firmada mediante assinatura da Carta de Aceite (ANEXO A). Após o sorteio das turmas a serem incluídas no estudo, durante o período das aulas, previamente acordado com a direção e professores, o projeto foi apresentado aos adolescentes, solicitando-se a explicitação da sua anuência em participar da pesquisa por meio do Termo de Assentimento (APÊNDICE A). Para os que concordaram em participar foi solicitado que os pais ou responsáveis comparecessem a uma reunião para explicitação do projeto, esclarecimento de dúvidas, acesso aos instrumentos que foram utilizados e convite para assinar o TCLE (APÊNDICE B). Uma vez de posse dos dois documentos, em dia(s) e horário(s) previamente acordado com a direção e professores, os questionários foram distribuídos em sala de aula pelos pesquisadores e autoaplicado, sendo os mesmos identificados com o número de registro do participante.

As variáveis antropométricas foram coletadas em período de aula em local reservado, preservando a privacidade e confidencialidade dos participantes,

sendo o formulário desses dados igualmente identificado com número de registro do participante. O projeto conta com um mestrando Nutricionista, do Programa de Pós-Graduação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-UNESC, um Psicólogo (da Instituição Bairro da Juventude), um doutorando em Saúde da Criança e do Adolescente da UFRGS, dois bolsistas de Iniciação Científica (curso de Nutrição e Psicologia, um voluntário (curso de Medicina) para auxílio na execução, orientador e co-orientador Nutricionistas.

O controle de qualidade da coleta e sistematização dos dados foi feito através do treinamento de medidas antropométricas, calibração diária dos equipamentos, pré-testagem de questionários, reuniões para discussão metodológica, digitação dupla dos dados, com checagem de amplitude e consistência.

3.9 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS

3.9.1 Variáveis sociodemográficas

Foram identificadas e registradas em formulário específico (APÊNDICE C), as seguintes variáveis demográficas e socioeconômicas: idade e sexo a partir do registro escolar; cor da pele (branca, preta, amarela, parda ou indígena); nível econômico por meio da aplicação do questionário Critério de Classificação Socioeconômica Brasil⁵⁰ (ANEXO B). O questionário de classificação socioeconômica estima o poder de compra de indivíduos e famílias e categoriza em 5 estratos socioeconômicos: A a E, sendo o nível A o de maior poder de compra e E o menos, considerando os seguintes pontos de corte: A= 45-100 pontos; B1= 38-44 pontos; B2= 29-37 pontos; C1=23-28 pontos e C2= 17-22 pontos.

3.9.2 Variáveis antropométricas e de composição corporal

As variáveis antropométricas e de composição corporal foram aferidas em duplicata, utilizando-se a média dos valores obtidos, e ocorreram em local reservado respeitando a individualidade de cada participante. Foram efetuadas pelo profissional nutricionista e/ou pesquisadores capacitados para tal, utilizando técnicas

padronizadas e equipamentos calibrados, sendo também registradas em formulário específico (APÊNDICE C).

3.9.2.1 Índice da Massa Corporal

O peso e altura para avaliação do IMC foram aferidos utilizando balança digital portátil (Tanita® scales, Tanita Corporation, Toquio, Japão - Ironman Modelo com 150kg de capacidade e acurácia de 100g) e estadiômetro portátil com escala milimétrica com precisão de 1mm e capacidade de 220 cm (Sanny®, American Medical Brasil, SBC, SP). Para aferições foi seguido o protocolo de Lohman⁵¹.

O programa AnthoPlus versão 1,04, foi utilizado para calcular o IMC e os escores relacionados ao estado nutricional dos participantes (peso/idade, altura/idade, peso/altura, IMC/idade)⁵². Para o IMC/idade, os adolescentes foram classificados de acordo com os pontos de corte da OMS para adolescentes nas seguintes categorias: magreza (< -2 escore $-z$); eutrofia (entre ≥ -2 e $\leq +1$ escore $-z$); sobrepeso (entre $> +1$ e $\leq +2$ escore $-z$); obesidade (entre $> +2$ e $\leq +3$ escore $-z$) e obesidade grave ($> +3$ escore $-z$)¹⁴.

3.9.2.2 Percentual de gordura corporal

Para estimar o percentual de gordura corporal foi utilizada a equação de Slaughter et al.⁵⁷ desenvolvida para população jovem e que utiliza as dobras cutâneas tricipital (DCT) e subescapular (DCSE), considerando ainda a etnia e o estágio maturacional.⁵⁸ Para aferição das dobras foi utilizado o plicômetro científico Cescorf (Porto Alegre, Brasil) de alta precisão e sensibilidade de 0,1 mm.

A medida da DCSE foi feita abaixo da extremidade da escápula, com o ângulo de 45° com a lateral do corpo e a DCT na região posterior do antebraço, sobre o músculo tríceps, no ponto médio entre o acrômio e o olecrano, ambas no lado não dominante, pinçando a dobra com os dedos polegar e indicador, estando o plicômetro em posição perpendicular à mesma. As aferições foram feitas em triplicata por um único avaliador capacitado para tal, sendo considerada a média dos dois valores mais próximos. Em caso de diferenças superiores a 10% a aferição será repetida⁵⁹. Foi definido como obesidade o percentil > 95 da curva de referência⁶⁰.

Além das dobras cutâneas, o percentual de gordura corporal foi aferido por bioimpedância elétrica, utilizando para tal, a balança de bioimpedância supracitada (Tanita®) realizando-se as aferições com os participantes em jejum de 4 horas, sem realização de exercícios vigorosos no dia anterior, orientando-se a evitar consumo de álcool, chá, café, bebidas energéticas que contenham cafeína e, se adolescentes do sexo feminino, não estar em período menstrual (exame foi marcado nesse caso). Instruções para o preparo para o exame foram previamente fornecidos (APÊNDICE D). No dia do exame o adolescente foi instruído a esvaziar a bexiga imediatamente antes da realização do mesmo, assim como retirar qualquer objeto metálico que esteja usando⁶¹.

3.9.3 Estágio de desenvolvimento puberal

A maturação sexual foi auto referida utilizando os critérios de estagiamento de Tanner, validados para adolescentes brasileiros por Matsudo e Matsudo e recomendados pelo Ministério da Saúde^{2,62,63}. A auto avaliação da maturação sexual foi realizada em ambiente privativo, onde os participantes preencheram o questionário identificando o estágio, com prévia explicação do instrumento por parte do pesquisador, constando das seguintes informações. “Você vai responder sobre o seu corpo”; “Essa planilha é sobre desenvolvimento de seios (ou órgão genital) e pelos púbicos”; Cada lado possui 5 estágios; “Você irá passar por todos os estágios, mas hoje você se encontra em um deles”; “Anote na folha o estágio que você se encontra de acordo com o lado 1 e de acordo com o lado 2”; “Você irá responder sozinho. Ninguém saberá dessas informações. Por isso, você não precisa ter vergonha e nem mentir”³³.

Os estágios de desenvolvimento de órgão consistem em 5 estágios para desenvolvimento de órgão genital para meninos e seios para meninas. O estágio 1 representa o estado infantil (pré-púbere) e o estágio 5 é indicador de estado maduro adulto. O estágio 2 indica do desenvolvimento maturacional. Os estágios 3 e 4 indicam continuidade no processo maturacional². Em anexo, as planilhas de desenvolvimento de seios em meninas e do órgão genital masculino (ANEXO C).

3.9.4 Comportamento de risco de transtornos alimentares

Para avaliar risco para transtornos alimentar foi utilizado o Teste de Atitudes Alimentares - EAT-26, traduzido e validade para adolescentes brasileiros (ANEXO D)⁴³. O questionário consta de 26 questões do tipo escala de Likert, com seis alternativas de resposta, que pontuam de 0 a 3 (sempre =3; muito frequentemente=2; frequentemente=1; às vezes=0, raramente=0; nunca=0), que buscam avaliar a recusa patológica a alimentos com alto teor calórico, a preocupação com a aparência física, episódios de compulsão alimentar, comportamentos purgativos para perda/controle de peso corporal, o autocontrole em relação à comida e as forças ambientais/sociais estimulantes à ingestão alimentar. O escore final foi obtido pela soma de seus itens, sendo escores ≥ 21 considerados positivos para comportamento de risco de transtorno alimentar (EAT+).

3.9.5 Imagem corporal

Para avaliar a percepção da imagem corporal pelos escolares foi utilizado o BSQ, validado para a população adolescente brasileira (ANEXO E)¹⁵. O BSQ é composto por 34 questões para autopreenchimento, com pontuação variando de 1 (nunca) até 6 (sempre) e avalia a frequência de preocupação ou descontentamento com o peso e a aparência física, sendo que quanto maior o escore, maior é a depreciação. Foi utilizada também a categorização proposta por Cordás e Castilho de acordo com a pontuação: < 80 (livre de insatisfação corporal); ≥ 80 e < 110 (leve insatisfação); ≥ 110 e < 140 (moderada insatisfação) e ≥ 140 (grave insatisfação corporal)²⁹.

A autoimagem foi aferida também por meio da utilização da escala de silhuetas de Childress et al (ANEXO H).³¹, validada para adolescentes brasileiros de 10-19 anos³³. A escala consiste em 8 figuras que representam contornos do corpo de crianças e adolescentes, variando de muito magro (contorno 1) a obeso (contorno 8). Das oito figuras disponíveis, os escolares puderam escolher a que representa seu tamanho atual (a imagem mostrando a silhueta que acreditavam ter) e a que representava sua imagem corporal ideal (a que gostariam de ter). O grau de insatisfação é dado pela diferença entre a imagem corporal ideal e a imagem corporal com qual o adolescente se percebe atualmente³³. Este escore varia de -8 a

+8 e quanto maior a diferença, maior a discrepância corporal e, conseqüentemente, mais insatisfeito está o adolescente³². O escore mostra insatisfação quando > 0 e satisfação quando o escore é igual a 0³³.

Para verificar o grau de compreensão dos participantes, eles responderam à seguinte pergunta: “Você entendeu o que foi perguntado nesta escala?”, com as opções de resposta: 0- não entendi nada; 1- entendi um pouco. 2- entendi mais ou menos; 3 - entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas; 4 - entendi perfeitamente e não tenho dúvidas⁶⁴.

3.9.6 Indicativo de saúde mental

Para identificar aspectos da saúde mental, situações de sofrimento subjetivo (solidão, dificuldade de conciliar o sono em função de preocupações) e ter ou não amigos próximos para se avaliar o bem-estar e a capacidade de relacionamento e interação social dos adolescentes, foram utilizadas 3 questões da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (ANEXO F)¹. Foi avaliada a frequência de adolescentes que não tem amigos, se sentem só e tem dificuldade de conciliar o sono. Esses aspectos foram considerados pela metodologia da Pesquisa Nacional como indicativo de saúde mental precária¹.

3.10 RISCOS E BENEFÍCIOS

Não são conhecidos riscos quanto aos procedimentos propostos, contudo, o escolar poderia se sentir desconfortável frente a algumas questões relacionadas à sua saúde, estágio de maturação sexual, hábitos e sentimentos ou, ainda, avaliação nutricional. Visando minimizar esses desconfortos, os procedimentos de avaliação nutricional foram realizados em ambiente reservado e de forma individualizada, conferindo-se plena liberdade ao escolar em desistir do procedimento, caso não se sentisse confortável. Quanto ao eventual desconforto relativamente aos questionários: foi reiterado o fato de que todas as informações eram sigilosas e cegadas para os pesquisadores, uma vez que eles foram identificados apenas com um número. Foi reiterada também a plena liberdade em responder total ou parcialmente aos questionários. O ambiente onde foram aplicados os instrumentos foi sua própria sala de aula e foi solicitado ao professor (a) que se

ausentasse durante esse período, permanecendo apenas um dos pesquisadores acompanhado de pesquisador colaborador psicólogo, que explicitou todos os procedimentos.

Os benefícios individuais (a detecção de eventual estado nutricional alterado/comportamento de risco foi socializado com pais/responsáveis, buscando-se encaminhamento aos profissionais dentro da equipe multiprofissional do Programa) e coletivos, onde se pode subsidiar ações de promoção de saúde visando, segunda a Política Nacional de Promoção da Saúde, “ampliar a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrente dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais⁶⁵.

3.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UNESC e autorização do local onde foi realizado a pesquisa (ANEXO G), tendo como base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁶⁶, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, sendo garantido o sigilo da identidade dos participantes e a utilização dos dados somente para esta pesquisa científica e publicações dela derivadas.

Os escolares foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e os incômodos que essa possa acarretar, confidencialidade das informações, na medida de sua compreensão, e convidados a participar. Foram incluídos no estudo mediante de Termo de Assentimento (APÊNDICE A) e sem prejuízo do consentimento de seus responsáveis legais. Os pais ou responsáveis foram igualmente esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos, instrumentos foram disponibilizados e explicitados e, após todos os esclarecimentos, foram convidados a expressar sua concordância mediante a assinatura do TCLE (APÊNDICE B). O convite foi efetuado de forma a garantir autonomia tanto dos adolescentes quando pais ou responsáveis, conferindo pleno direito a recusa.

Na coleta de dados, que foi realizada na ausência do professor em sala de aula, a logística garantiu cuidados resguardando a privacidade e autonomia dos participantes.

Foi garantido acesso aos resultados da pesquisa aos participantes, assim como os resultados em forma coletiva foram disponibilizados para a Instituição onde foi efetuada a pesquisa, tendo em vista subsidiar elementos para programas e ações de promoção da saúde. Situações individuais em relação ao estado nutricional, assim como casos nos quais se detecte algum indicativo de comportamento alimentar de risco foram encaminhados à equipe multidisciplinar da escola e os pais/responsáveis foram contatados, instruindo-se o acompanhamento por parte da equipe multidisciplinar da Instituição ou encaminhamento à Rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

4 RESULTADOS

Dos 910 adolescentes matriculados na Instituição filantrópica e de ensino, foram selecionados 298 através de cálculo amostral, 19 não participaram da pesquisa por apresentarem dados incompletos, recusa na participação da pesquisa ou não entregaram assinado os Termos de Consentimento livre e esclarecido, resultando em 279 participantes.

A Tabela 2 apresenta a descrição dos participantes estudados conforme variáveis demográficas e socioeconômicas. Observa-se que a grande maioria dos estudantes era do sexo masculino (70,0%) Além disso, a idade dos participantes variou de 10 a 19 anos sendo observado que a maioria deles tinha de 13 a 16 anos (53,1%), seguidos pelos adolescentes de 17 a 19 anos, os quais eram 31,4%. Evidencia-se também que em relação à cor de pele, a grande maioria dos indivíduos era branca (61,4%) Em relação ao nível socioeconômico (classificação ABEP), mais da metade dos estudantes pertencia à classe social B (57,7%) e, cerca de ¼ eram das classes C, D e E (24,7%).

Tabela 2 - Descrição dos escolares estudados de acordo com variáveis demográficas e socioeconômica. Criciúma-SC. (n=279)

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	194	70,0
Feminino	83	30,0
Idade		
10 a 12 anos	43	15,5
13 a 16 anos	147	53,1
17 a 19 anos	87	31,4
Cor da pele		
Branca	170	61,4
Preta	45	16,2
Outras	62	22,4
Classe social		
A	49	17,6
B	161	57,7
C, D e E	69	24,7

Percentual máximo de observações desconhecidas para as variáveis sexo, idade e cor da pele: 0,7% (n=2).

Fonte: Dados da autora, 2018.

As características dos escolares de acordo com as variáveis antropométricas e comportamentais estudadas estão apresentadas na Tabela 2. Observa-se que, na classificação do estado nutricional pelo IMC aproximadamente, 27% dos adolescentes tinham sobrepeso ou obesidade. Já, na avaliação do

percentual de gordura através das pregas cutâneas e da bioimpedância, cerca de 1/3 dos adolescentes apresentavam sobrepeso ou obesidade (33,9% e 29,6%, respectivamente).

Em relação às atitudes alimentares, pode-se verificar que cerca de 1/5 dos estudantes (18,6%) foram classificados como tendo risco de transtorno alimentar. Além disso, verifica-se, através do escore de pontos do BSQ, que 28,4% dos adolescentes estavam insatisfeitos com sua imagem corporal. Considerando a escala de Silhuetas, observa-se que a insatisfação com o tamanho corporal atual é de 64,9% (Tabela 3).

Tabela 3 - Descrição dos escolares estudados de acordo com variáveis antropométricas e comportamentais. Criciúma-SC (n=279)

Variáveis	N	%
Estado nutricional avaliado pelo índice de massa corporal (IMC)		
Baixo peso	5	1,8
Eutrofia	193	71,0
Sobrepeso	55	20,2
Obesidade	19	7,0
Estado nutricional avaliado pelo percentual de gordura (pregas cutâneas)		
Baixo peso	47	17,0
Eutrofia	136	49,1
Sobrepeso	36	13,0
Obesidade	58	20,9
Estado nutricional avaliado pelo percentual de gordura (bioimpedância)		
Baixo peso	39	15,2
Eutrofia	141	55,2
Sobrepeso	27	10,5
Obesidade	49	19,1
Atitudes alimentares (EAT)		
Sem risco de transtorno alimentar	227	81,4
Com risco de transtorno alimentar	52	18,6
Insatisfação com a imagem corporal (BSQ)		
Livre de insatisfação	200	71,6
Insatisfação leve	41	14,7
Insatisfação moderada	25	9,0
Insatisfação grave	13	4,7
Percepção da imagem corporal		
Satisfeito	98	35,1
Insatisfeito	181	64,9

BSQ: Body Shape Questionnaire; EAT-26: *Eating Attitudes Test*; IMC: Índice de Massa Corporal
 Fonte: Dados da autora, 2018.

A Tabela 4 mostra as características dos estudantes de acordo com as variáveis de saúde mental estudadas. Pode-se verificar que os adolescentes que se sentem sozinhos na maioria das vezes ou sempre corresponde a 16,1% da amostra; por outro lado, a maioria deles nunca ou raramente se sentem sozinhos (59,5%). Em

relação à perda de sono devido às preocupações, prevaleceu os adolescentes que nunca ou raramente perdem o sono (62,8%). No entanto, 13,2% deles referiram perder o sono na maioria das vezes ou sempre por estarem preocupados. Verifica-se, ainda, que cerca de 10% dos estudantes não têm nenhum amigo próximo; no entanto, a maior parte deles possui dois amigos próximos (74,5%).

Tabela 4 - Características dos escolares estudados conforme variáveis de saúde mental. Criciúma-SC (n=279)

Variáveis	N	%
Frequência de se sentir sozinho		
Nunca	98	35,1
Raramente	68	24,4
Às vezes	68	24,4
Na maioria das vezes	29	10,4
Sempre	16	5,7
Frequência de não conseguir dormir à noite devido a preocupações		
Nunca	103	37,0
Raramente	72	25,8
Às vezes	67	24,0
Na maioria das vezes	23	8,2
Sempre	14	5,0
Número de amigos próximos		
Nenhum	24	10,2
Um	36	15,3
Dois	175	74,5

Percentual máximo de observações desconhecidas para a variável número de amigos próximos: 15,8% (n=44).

Fonte: Dados da autora, 2018.

A Tabela 5 apresenta a associação da percepção de imagem corporal com as variáveis antropométricas e dos adolescentes. Verifica-se que o estado nutricional avaliado pelo IMC esteve associado à percepção da imagem corporal ($p<0,001$). Aqueles adolescentes que apresentavam excesso de peso estavam mais insatisfeitos com sua imagem corporal quando comparados aos que não tinham excesso de peso (82,4% vs 59,1%, respectivamente)

Além disso, a percepção de imagem corporal esteve associada aos percentuais aferidos de gordura corporal, tanto pelas pregas cutâneas quanto pela bioimpedância ($p<0,001$). Os indivíduos obesos, seguidos por aqueles que tinham sobrepeso, estavam mais insatisfeitos com sua imagem corporal. Observa-se também associação entre atitudes alimentares e percepção da imagem corporal ($p=0,008$). Aqueles estudantes que foram classificados como tendo risco de transtorno alimentar apresentaram maior insatisfação com sua imagem corporal

quando comparados aos que não tinham risco de transtorno alimentar (80,8% vs 61,2%, respectivamente).

Tabela 5 - Associação entre percepção da imagem corporal e as variáveis antropométricas e comportamental estudadas. Criciúma-SC (n=279)

	Satisfeito		Insatisfeito		Valor p*
	n	%	n	%	
Estado nutricional avaliado pelo índice de massa corporal					<0,001
Sem excesso de peso	81	40,9	117	59,1	
Com excesso de peso	13	17,6	61	82,4	
Estado nutricional avaliado pelo percentual de gordura (pregas cutâneas)					<0,001
Desnutrido	18	38,3	29	61,7	
Eutrófico	59	43,4	77	56,6	
Sobrepeso	13	36,1	23	63,9	
Obesidade	6	10,3	52	89,7	
Estado nutricional avaliado pelo percentual de gordura (bioimpedância)					<0,001
Desnutrido	11	28,2	28	71,8	
Eutrófico	63	44,7	78	55,3	
Sobrepeso	6	22,2	21	77,8	
Obesidade	5	10,2	44	89,8	
Atitudes alimentares					0,008
Sem risco de transtorno alimentar	88	38,8	139	61,2	
Com risco de transtorno alimentar	10	19,2	42	80,8	

*Teste Qui-quadrado de Pearson

Fonte: Dados da autora, 2018.

5 DISCUSSÃO

Um importante resultado encontrado no presente estudo é a prevalência de 27,2% de excesso de peso entre os escolares estudados considerando o estado nutricional avaliado pelo IMC. Tal resultado é semelhante ao encontrado na PeNSE¹, onde 33,9% dos adolescentes da região Sul apresentaram excesso de peso, prevalência essa mais elevada do que a das outras regiões do país. Pesquisas realizadas com adolescentes no RS também evidenciaram valores similares. Destaca-se que, aproximadamente, um terço dos entrevistados tinham excesso de peso^{73,74}.

Por outro lado, menores prevalências foram encontradas por outros autores⁷⁵, estudando adolescentes no RS evidenciaram que 17,2% deles estavam com sobrepeso ou obesidade. Em estudo realizado no estado de Santa Catarina, encontrou-se prevalência de 18,2%⁷⁶. Além disso, pesquisa realizada em escolas públicas da cidade de Três de Maio, RS, verificou prevalência de excesso de peso de 14,8%⁷⁷. Similarmente, estudos conduzidos em Santa Catarina^{38,78} observaram que, aproximadamente, 15% dos indivíduos apresentavam excesso de peso. Já, no estado do Paraná, a prevalência encontrada foi ainda menor (8,8%)⁷⁹. Pode-se observar também que, em outras regiões do país, as prevalências de excesso de peso variaram, de 18,5% em São Paulo a 23,3% no Distrito Federal^{70,80}. Estudo de revisão sistemática, incluindo periódicos publicados entre 2010 e 2014, evidenciou que em todas as cidades brasileiras estudadas há escolares na rede pública de ensino de ambos os sexos com excesso de peso, com prevalências variando de 4,9% a 35,7%⁸¹.

O excesso de peso na adolescência é um problema crescente de saúde pública associado a uma série de riscos patológicos, que afeta a condição biopsicossocial comprometendo a imagem corporal desta população⁷¹. Sugere-se que as abordagens utilizadas com esses indivíduos incluam a sua relação com o corpo, no sentido de compreender outros aspectos envolvendo a imagem corporal, levando em conta os diferentes quadros clínicos e as distintas realidades socioeconômicas²².

No presente estudo, ao analisar o estado nutricional dos escolares através de pregas cutâneas e de bioimpedância, observaram-se maiores prevalências de sobrepeso e obesidade quando comparado à avaliação pelo IMC. Similarmente, ao conduzir uma pesquisa com 627 adolescentes, verificou-se que

55,3% e 12,5% deles, respectivamente, foram classificados com excesso de peso através das pregas cutâneas e do IMC⁷⁸.

É importante destacar que na mensuração das dobras cutâneas se objetiva estimar a gordura subcutânea e identificar aqueles indivíduos com maior gordura total ou outros fatores de risco, enquanto que o IMC indica somente a quantidade de massa por superfície. Para obtenção mais fidedigna da composição corporal e do estado nutricional da população são necessários estudos que mensurem e comparem diferentes formas de avaliação da composição corporal⁸³.

Por meio de uma revisão sistemática⁵⁸, os autores concluíram que para a utilização em estudos populacionais, a equação de Slaughter et al.⁵⁷, utilizada na presente pesquisa, que utiliza a espessura das dobras cutâneas tricipital e subescapular, foi a que apresentou melhores resultados para avaliação da gordura corporal nessa população.

Em relação à saúde mental, pode-se observar que, 16,1% dos adolescentes se sentem sozinhos na maioria das vezes, 13,2% perdem o sono na maioria das vezes ou sempre por estarem preocupados e 10% dos estudantes não têm nenhum amigo próximo. Os resultados encontrados reforçam a importância das relações sociais na transformação da imagem corporal⁸⁴. O fator simbólico do corpo tornou-se fator fundamental de inserção social, especialmente entre os jovens. Os fatores midiáticos se apresentam como difusores de um ideal de corpo belo e perfeito, podendo provocar distúrbios psicológicos⁸⁴.

O retraimento e isolamento podem trazer como consequência a internalização de problemas, como a depressão. Além disso, os autores relatam a importância das relações sociais para um desenvolvimento saudável e harmonioso, principalmente no período da adolescência⁸⁰.

Outro resultado relevante encontrado no presente estudo refere-se à insatisfação com a imagem corporal. A prevalência variou de 28,4%, quando avaliada pelo BSQ, a 64,9%, pela Escala de Silhuetas. Similarmente, outro estudo observou prevalência de insatisfação corporal de 28,9% e 78,9% quando avaliada pelo BSQ e pela Escala de Silhuetas, respectivamente⁸⁵. No estudo utilizando BSQ, a insatisfação corporal foi evidenciada em 16,9% dos adolescentes⁷⁵, enquanto Petroski⁸⁶ identificou prevalência de 60,4% ao utilizar a escala de Silhuetas.

A perceptível variação de valores encontrados nas formas de avaliação da imagem corporal ocorre, possivelmente, pela limitação da forma bidimensional de

apresentação da Escala de Silhuetas, podendo implicar falhas na representação total do corpo e na distribuição da gordura, afetando a formação individual da imagem corporal (IC). Entretanto, a utilização desse instrumento se justifica pela facilidade e praticidade para aplicação, pela boa fidedignidade e frequente utilização em estudos epidemiológicos com a população universitária^{73,77}.

Sendo estudada a prevalência de insatisfação com a imagem corporal e seus fatores associados em 1170 escolares de Gravataí, RS, constatou-se que sentimento de discriminação, solidão, tristeza, dificuldade para dormir, ideação e planejamento suicida tiveram forte associação com insatisfação corporal⁸⁷.

Estudos também têm encontrado prevalência relativamente elevada de insatisfação corporal em adolescentes do sexo feminino^{38,88,89}. Há evidências de que as mensagens socioculturais direcionadas para a magreza transmitidas pelos meios de comunicação possam ser responsáveis pelas preocupações acerca da imagem corporal em meninas⁸⁹.

Evidências têm mostrado que os adolescentes se preocupam muito em obter um corpo ideal enquanto a saúde fisiológica é deixada de lado^{78,85,68}. Em recente publicação, avaliando adolescentes, evidenciaram que a estética (96,8%) foi o motivo que mais influenciou a percepção da imagem corporal⁸⁶.

Considerando a grande preocupação atualmente demonstrada pelos adolescentes sobre as questões estéticas, fatores como mudanças no comportamento alimentar, psicológico e social, juntos ou isolados, podem gerar insatisfação com a imagem corporal e/ou interferir no seu bem-estar⁷⁷.

No presente estudo, foram utilizados dois métodos de avaliação, sendo um para avaliação da imagem corporal e o outro para percepção corporal. O BSQ é validado para a população jovem brasileira e visa avaliar a frequência de preocupação ou descontentamento com o peso e com a aparência física, sendo que quanto maior o score, maior é a depreciação²⁹. Já a escala de silhuetas afere a autoimagem por escalas de figuras que representam o contorno do corpo. Caso haja diferença entre a imagem corporal ideal e a atual é determinada a insatisfação corporal. Apesar de ser considerada, por alguns autores, como um critério sensível devido à amplitude da escala (pequenos desejos de mudança dos indivíduos fazem com que os mesmos sejam alocados como insatisfeitos), ela é utilizada amplamente em diferentes estudos^{15,31, 33,76,78,79}.

Observou-se, também, no presente estudo, que cerca de um quinto dos escolares foram classificados com risco de transtorno alimentar. Similarmente, em um estudo verificou que 23,3% dos indivíduos encontraram-se susceptíveis ao desenvolvimento de distúrbios de conduta alimentar⁹⁰. Encontrou-se que 21,7% das jovens mulheres pesquisadas apresentaram alto risco de desenvolverem transtornos alimentares⁹¹. Outros estudos também verificaram prevalência semelhante, ou seja, aproximadamente, um quarto dos adolescentes apresentou risco de transtorno alimentar^{88,92}. Assim como no presente estudo, o método utilizado pelos autores para avaliar risco de transtorno alimentar foi o EAT 26.

Outro resultado encontrado no presente estudo é que o estado nutricional esteve fortemente associado à percepção da imagem corporal dos adolescentes. Indivíduos com excesso de peso apresentaram maiores prevalências de insatisfação corporal. Resultados semelhantes foram evidenciados por outros autores. Identificaram que os escolares insatisfeitos com a imagem corporal apresentaram mais riscos para excesso de gordura corporal em relação aos estudantes satisfeitos com a imagem corporal^{93,78}. Dentre os indivíduos obesos, mais de 90% desejavam diminuir a silhueta⁷⁴. Os adolescentes com excesso de peso mostraram-se quatro vezes mais insatisfeitos com sua imagem corporal quando comparados àqueles sem excesso de peso⁸⁵. Foi demonstrado que quanto maior o IMC, menor a satisfação com o próprio corpo²⁵. Um estudo identificou que adolescentes com elevado somatório de dobras cutâneas possuem 2,1 vezes mais probabilidade de insatisfação corporal em relação aos adolescentes com adiposidade ideal⁹⁴.

Tais achados sugerem a necessidade de orientação nutricional para preservar a saúde dos escolares, uma vez que adolescentes insatisfeitos com a imagem do próprio corpo podem adotar comportamentos e práticas inadequadas de controle de peso, como uso de diuréticos laxantes e atividade física extenuante. Ademais, os indivíduos obesos podem sentir tristeza devido à insatisfação com a imagem corporal, condição essa que se for recorrente pode isolá-los do convívio coletivo, impedindo-os de tomarem uma atitude diferenciada sobre a própria saúde²².

De acordo com estudos realizados, adolescentes de ambos os sexos (56% dos meninos e 42% das meninas) mesmo estando eutróficos estavam insatisfeitos com sua imagem corporal^{95,74}. Tais achados corroboram com os

encontrados no presente estudo onde mais da metade dos escolares eutróficos estavam insatisfeitos com sua imagem corporal.

O conceito de corpo ideal é bastante subjetivo nesta faixa etária e pode ser extremamente influenciado pela mídia e sociedade. Vieira⁹⁶ relata que os adolescentes não reconhecem a própria silhueta com uma forma corporal ideal, sendo que os alunos eutróficos, com sobrepeso e obesos indicaram silhuetas menores, enquanto que os alunos com IMC abaixo do esperado indicaram silhuetas maiores. Dentre os sexos, as meninas tendem a reconhecer as silhuetas menores como as ideais, enquanto os meninos ficam divididos entre as silhuetas menores e maiores do que as reais⁹⁶.

As proporções elevadas de insatisfação com a imagem corporal nos adolescentes acima do peso podem ocorrer pelas influências da sociedade em relação aos padrões de beleza, sugerindo como ideal um corpo magro, esguio ou atlético. Todavia, estes padrões nem sempre consideram os aspectos da saúde e as diferentes constituições físicas da população, o que acarreta, muitas vezes, em uma imagem corporal negativa, representada por altos níveis de insatisfação corporal⁹⁴.

Outro resultado do estudo mostra que os escolares com risco de transtorno alimentar apresentaram maior prevalência de insatisfação corporal. Corroborando com esse achado, estudo encontrou associação significativa entre distorção de imagem corporal e risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes⁶⁸. Os resultados obtidos por Alves e colaboradores³⁸ em uma escola pública com estudantes de 10 a 13 anos demonstraram uma relação entre insatisfação com o corpo e comportamento alimentar sugestivo de transtorno alimentar, sendo que a variável analisada que apresentou maior risco para o desenvolvimento dos sintomas de anorexia nervosa foi a insatisfação com a imagem corporal.

A insatisfação com o peso e a aparência física são fatores de primeira ordem para o desencadeamento de comportamentos alimentares de indivíduos com diagnóstico clínico de transtorno alimentar^{38,88}. Um alto nível de insatisfação com o corpo pode ser uma ameaça para a saúde dos adolescentes, já que aumenta o risco de depressão, transtorno alimentar e baixa autoestima^{75,90,94}. Adolescentes que possuíam uma boa relação com seu corpo tinham menor insatisfação com a imagem corporal e menor envolvimento com desordens no comportamento alimentar⁸⁰.

Outro estudo¹ evidenciou que o maior percentual de gordura corporal elevou as chances de insatisfação com a imagem corporal e risco de transtornos alimentares em 6,5 vezes⁹¹. Os autores reforçam que a percepção distorcida de partes específicas do corpo pode desencadear atitudes alimentares anormais de risco para instalação de transtorno alimentar⁹¹.

A preocupação excessiva com o peso e a restrição alimentar é uma característica dessa fase da vida e é considerada comportamento de risco para os transtornos alimentares⁷². Relaciona-se à dieta como pregressa aos transtornos alimentares, pois remete à vontade de emagrecer devido a um descontentamento com o próprio corpo. Nessas patologias alimentares, a preocupação com a forma física faz com que o corpo se torne um objeto central de desagrado podendo influenciar fortemente a auto avaliação que os jovens fazem de si mesmos²³.

6 CONCLUSÃO

Os adolescentes acima do peso, independentemente do método utilizado para avaliar o estado nutricional, possuem nível mais alto de insatisfação corporal. Além disso, a insatisfação corporal esteve relacionada ao risco de transtornos alimentares.

Desta forma, torna-se necessária a implementação de ações educativas nas escolas que visem prevenir a obesidade e, conseqüentemente, busquem uma melhor aceitação do corpo pelos adolescentes, garantindo, assim, melhor qualidade de vida.

Além disso, a sociedade precisa estar alerta à pressão sobre o padrão corporal, especialmente entre os adolescentes. A escola é o ambiente ideal para estas discussões, e é através de trabalhos de orientação nutricional que se pode contribuir esclarecendo e reduzindo riscos. Nesse sentido, recomenda-se que as escolas, as famílias e os serviços de saúde discutam com os adolescentes a respeito dos padrões atuais de beleza e suas conseqüências para a saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015/IBGE. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.132 p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed., 1 reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 48 p.
3. Currie C. Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) family affluence scale. *Social Science & Medicine*, Amsterdam: Elsevier, 2008;66 (6):1429-1436. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0277953607006077/1-s2.0-S0277953607006077-main.pdf?_tid=f0fa24a4-b73c-11e2-8ebe0000aab0f6b&acdnat=1367948494_a30babee74919a9cf3086ea8f12022f2. Acesso em: julho 2016.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 24).
5. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2012. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. 254 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- 7.Jager ME, Batista FA, Perrone CM, Santos SS, Dias ACG.O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 2014;19(2): 211-221.
- 8.Fernandes ERA. Avaliação da imagem corporal, hábitos de vida e alimentares em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares de Belo Horizonte. 2007. 144f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.
- 9.Ida SW, da Silva RN. Transtornos alimentares: uma perspectiva social. *Revista Mal-estar e subjetividade*. Fortaleza. 2007;vii(2):417-432.

10. UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Situação Mundial da infância, 2011. Adolescência, uma fase de oportunidades. UNICEF, 2011. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf. Acesso em: junho 2017.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 234 p.: il.
12. Horta NC, Sena RR. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2010;20(2):475-495.
13. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA Saúde do adolescente e a Saúde da Família: o papel do médico nas ações de atenção integral à saúde do adolescente/Felipe, Ilana Mirian Almeida; Albuquerque, Vinícius Mendes (Org.). - São Luís, 2014. 27f.:il.
14. WHO. World Health Organization. Growth reference data for 5-19 years. Geneva: WHO; 2007.
15. Conti MA, Cordás TA, Latorre MRDO. Estudo de validade e confiabilidade da versão brasileira do Body Shape Questionnaire (BSQ) para adolescentes. *Ver Bras Saúde Matern Infant*. 2009; 9:331-8.
16. Schoen-Ferreira TH, Aznar-Farias M, de Matos EF. Adolescência através dos Séculos *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2010;26(2):227-234.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Orientações para o atendimento à saúde do adolescente. 2014.
18. São Paulo. Secretaria da Saúde. Manual de atenção à saúde do adolescente. São Paulo: SMS, 2006. 328 p.
19. Colli AS. Inter-relações entre características de maturação sexual em adolescentes. Instituto da Criança Prof. Pedro de Alcântara do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Unidade de Adolescentes. 1993;6(1): 63-68.
20. WHO. World Health Organization. Young people's health in context. Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents no. 4. Geneva: WHO, 2004.
21. Mataruna L. Imagem corporal: Noções e definições. *Revista Digital*, 2004;10(71):1-5.

22. Silva, G A; Lange, E S N. Imagem corporal: A percepção do conceito em indivíduos obesos do sexo feminino. Curitiba, Revista. Psicologia Argumentativa, 2010;28(60):43-54.
23. De Carvalho RS, Amaral ACS, Ferreira MC. Transtornos alimentares e imagem corporal na adolescência: uma análise da produção científica em psicologia. *Psicol. Teor. Prat.* 2009;11(3):200-223.
24. Saikali CJ, Soubhia CS, Scalfaro BM, Cordás TA. Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Rev. Psiquiatr. Clín.* 2004;31(4): 164-166.
25. Secchi K, Carmargo BV, Bertoldo RB. Percepção da imagem corporal e representações sociais do corpo. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2009;25(2);229-236.
26. Campana ANNB, Campana MB, Tavares MCG. Escalas para avaliação da imagem corporal nos transtornos alimentares no Brasil. *Aval. Psicol.* 2009;8(3):437-446.
27. Cohane GH, Pope HG Jr. Body image in boys: a review of the literature. *Int J EatDisord.* 2001;29(4):373-9.
28. Neves NA, Morgado FFR, Tavares MCGF. Avaliação da Imagem Corporal: Notas Essenciais para uma Boa Prática de Pesquisa. *Psicol: Teoria e Pesquisa.* 2015;31(3):375-380.
29. Cordás TA, Castilho S. Body image on the eating disorders - evaluation instruments: "Body Shape Questionnaire". *Psiquiatr Biol.* 1994; 2:17-21.
30. Stunkard AJ, Sörensen T, Schulsiger F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In: Kety S, Roland L, Sidman R, Matthysse S, editors. *The genetics of neurological and psychiatric disorders.* New York: Raven Press; 1983. p. 115-120.
31. Childress AC, Brewerton TD, Hodges EL, Jarrel MP: The Kids' Eating Disorders Survey (KEDS): A Study of Middle School Students. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1993, 32:843-850.
32. Scagliusi FB, Alvarenga M, Polacow V, Cordás TA, Queiroz GK, Coelho D, Philippi ST, Lancha AH Jr. Concurrent and discriminant validity of the Stunkard's figure rating scale adapted into Portuguese. *Appetite*, 2006;47:77-82.
33. Adami F, Frainer DES, Almeida FS, Abreu LC, Valenti VE, MMP Demarzo, Monteiro CBM, Oliveira FR. Construct validity of a figure rating scale for Brazilian adolescents. *Nutrition Journal.* 2012,11:24.
34. APA. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2013. 976 p.
35. Gonçalves JA, Moreira EAM, Trindade EBS, Fiates GMR. Transtornos alimentares na infância e na adolescência. *Rev Paul Pediatr.* 2013;31(1):96-103.

36. Do Vale AM, Kerr LR, Bosi ML. Risk behaviors for eating disorders among female adolescents from different social strata in the Brazilian Northeastern. *CiencSaude Colet* 2011;16:121-32.
37. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange DL, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psych*.2011;68:714-23.
38. Alves E, Vasconcelos FA, Calvo MC, Neves J. Prevalence of symptoms of anorexia nervosa and dissatisfaction with body image among female adolescents in Florianópolis, Santa Catarina state, Brazil. *CadSaude Publica*. 2008;24:503-12.
39. Martins CR, Pelegrini A, Matheus SC, Petroski EL. Body image dissatisfaction and its relationship with nutritional status, body fat, and anorexia and bulimia symptoms in adolescents. *Rev Psiquiatr RS*. 2010;32:19-23.
40. Souza LD. Sintomas de transtorno alimentar, insatisfação com a imagem corporal e consumo alimentar em meninas adolescentes de Florianópolis, SC. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Florianópolis, 2012.
41. Sônego HF, dos Santos LD. Fatores de risco para transtornos do comportamento alimentar, imagem corporal e perfil nutricional em estudantes de balé clássico. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Nutrição)- Universidade do Extremos Sul Catarinense, Criciúma, 2017.
42. Enes CC, Slater B. Obesidade na adolescência e seus principais determinantes. *Rev Bras Epidemiol*, 2010;13(1):163-71.
43. Bighetti F, Santos CB, Santos JE, Ribeiro RPP. Tradução e avaliação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. *J Bras Psiquiatr*.2004;53:339-46.
44. World Health Organization. Mental health action plan 2013 - 2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
45. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382(9904):1575-86.
46. Bonadiman SC, Passos VMA, Mooney M, Naghavi MIII, Melo APS. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(SUPPL 1):191-204.
47. Mello ED. O que significa a avaliação do estado nutricional. *J Pedia- tr*. 2002;78:357-8.

48. Sigulem DM, Devincenzi UM, Lessa AC. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. J Pediatr (Rio J) 2000;76 Supl 3:275-84.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Saúde do adolescente: competências e habilidades / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
50. ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil - 2015. Acessado em: 19 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://www.abep.org> – abep@abep.org
51. Lohman T, Roche A, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Champaign: Human Kinetics, 1998.
52. WHO. World Health Organization. Anthro Plus for personal computers manual: Software for assessing growth of the world's children and adolescents. Geneva: WHO; 2009.
53. WHO. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. Technical Report Series, 894.
54. Van der Kooy KVD, Seidell JC. Techniques for the measurement of visceral fat: a practical guide. Int J Obes Relat Metab Disord 1993;17:187-96.
55. Valdez R. A simple model-based index of abdominal adiposity. J Clin Epidemiol. 1991; 44(9):955-956.
56. Beck CC, Lopes AdS, Pitanga FJG. Indicadores antropométricos de sobrepeso e obesidade como preditores de alterações lipídicas em adolescentes. Rev Paul Pediatr. 2011; 29:46-53.
57. Slaughter MH, Lohman TG, Boileau RA, Horswill CA, Stillman RJ, Van Loan MD, Bemben BA. Skinfold equations for estimation of body fatness in children and youth. Hum Biol. 1988;60:709-23.
58. Silva DRP, Ribeiro AS, Pavão FH, Ronque ERV, Avelar A, Silva AM, Cyrino ES. Validade dos métodos para avaliação da gordura corporal em crianças e adolescentes por meio de modelos multicompartmentais: uma revisão sistemática. Rev Assoc Med Bras. 2013; 59(5):475–486.
59. Heyward VH, Stolarczyk LM. Método de dobras cutâneas. In: _____. Avaliação da composição corporal aplicada. São Paulo: Manole, 2000. cap. 2. p.23-46.
60. McCarthy HD, Cole TJ, Fry T, Jebb SA, Prentice AM. Body fat reference curves for children. Int J Obes (Lond). 2006;30(4):598-602.
61. Mialich MS, Sicchieri JF, Junior AA. Analysis of Body Composition: A Critical Review of the Use of Bioelectrical Impedance Analysis. Int J Clin Nutr. 2014;2:1-10.

62. Tanner JN. Growth at adolescence with a general consideration of the effects of hereditary and environmental factors upon growth and maturation from birth to maturity. 2nd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1962.
63. Matsudo SMM, Matsudo VKR. Validade da auto avaliação na determinação da maturação sexual. RevBras Ciência e Movimento. 1991;5(2):18-35.
64. Grassi-Oliveira R., Stein LM, Pezzi JC. (2006). Tradução e validação de conteúdo de versão em Português de Childhood trauma questionnaire. Rev Saúde Pública. 2006;40(2):249-55.
65. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.36p.:il. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnap_s.pdf.
66. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em:
http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em: 13 dez.2016.
67. Castro CB, Magajewski F, Lin J. Atitudes alimentares e autopercepção da imagem corporal em bailarinas do município de Tubarão - Santa Catarina. AMB Associação Médica Brasileira. Arq. Catarin Med. 2017 jan-mar; 46(1): 33-42.
68. Cubrelati BS, Rigoni PAG, Vieira LF, Belem IC. Relação entre distorção de imagem corporal e risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes. Dissertação(mestrado) - Universidade Estadual de Maringá – UEM, 2014.
69. Fortes LS, Almeida SS, Ferreira MEC. Processo maturacional, insatisfação corporal e comportamento alimentar inadequado em jovens atletas. Revista de Nutrição. 2012;25(5): 576-586.
70. Branco LM, Hilário MOE, Cintra IP. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. Revista Psiquiátrica Clínica. 2006;33(6):292-296.
71. Conti MA, Frutuoso Maria FP, Gambardella AMD. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. Rev. Nutr. 2005;18(4): 491-497.
72. Almeida SG. A influência da imagem corporal como causa de transtornos alimentares em adolescentes escolares de uma escola da rede particular de Brasília. Ens Ciênc. 2012; 16(6):107-17.
73. Finato S, Rech RR, Migon P, Gavineski JC, Toni V, Halpern R. Insatisfação com a imagem corporal em escolares do sexto ano da rede municipal de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul. Revista Paulista de Pediatria. 2013;31(1):65-70.

74. Dumith SC, Menezes AMB, Bielemann RM, Petresco S, Silva ICM, Linhares RS, Amorim TC, Duarte DV, Araújo CLP, Santos JV. DUMITH. Insatisfação corporal em adolescentes: um estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(9):2499-2505.
75. Iepson AMSILVA, CozzensaM. Prevalência e fatores associados à insatisfação com a imagem corporal de adolescentes de escolas do Ensino Médio da zona rural da região sul do Rio Grande do Sul, 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2014;23(2):317-325.
76. Marques FA; Legal EJ, Hofelmann DA. Insatisfação corporal e transtornos mentais comuns em adolescentes. *Rev. paul. pediatr.* 2012;30(4):553-561.
77. Pelegrini A, Coqueiro RS, Beck CC, Ghedin KD, Lopes AS, Petroski EL. Dissatisfaction with body image among adolescent students: association with socio-demographic factors and nutritional status. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014;19(4):1201-1208.
78. Glaner MF; Pelegrini A; Cordoba CO, Pozzobon ME. Associação entre insatisfação com a imagem corporal e indicadores antropométricos em adolescentes. *Rev. bras. educ. fís. esporte*. 2013; 27(1):129-136.
79. Santos JFS, Oliveira P, Campos AA, Pereira EO, Sousa EA. Relação entre insatisfação corporal e atividade física em adolescentes da zona urbana de Irati-PR. *Rev. Educ. Fis.* 2014;25(2):193-201.
80. Ferreira AA, Nogueira JD, Wiggers I, Fontana KE. Composição e percepção corporal de adolescentes de escolas públicas. *Motricidade*. 2013;9(3):19-29.
81. Melo, FT. Prevalência do excesso de peso e obesidade em escolares brasileiros da rede pública entre 2010 e 2014: situação que incomoda. *Rev Bras de Obes, Nutr e Emag, São Paulo*. 2017;1(65):383-389. Set./Out. 2017.
82. Glaner MF. Índice de massa corporal como indicador da gordura corporal comparado às dobras cutâneas. *Rev Bras Med Esporte*. 2005;(11):243-6.
83. Krebs NF, Hilmes JH, Jacobson D et al. Assessment of Child and Adolescent Overweight and Obesity. *Pediatrics*. 2007; 120 (Supl 4): S193-29.
84. Uchôa FNM, Lustosa RP, Rocha MTL, Daniele TMC, Aranha ACM. Causas e implicações da imagem corporal em adolescentes: um estudo de revisão. *Cinergis* 2015;16(4):292-298.
85. Miranda VPN, Conti MA, Carvalho PHB, Bastos RR, Ferreira MEC. Imagem corporal de adolescentes de cidades rurais. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014;19(6):1791-1801.
86. Petroski EL, Pelegrini A, Glaner MF. Motivos e prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2012;17(4):1071-1077.

87. Langoni, P. O. O, Aerts, D. R. G. C., Alves, G. G., & Câmara, S. G. (2012). Insatisfação com a imagem corporal e fatores associados em adolescentes escolares. *Diaphora*. 2012; 12(1), 23-30.
88. Scherer FC, Martins CR, Pelegrini A, Matheus SC, Petroski EL. Imagem corporal em adolescentes: associação com a maturação sexual e sintomas de transtornos alimentares. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(3):198-202.
89. Fortes LS, Cipriani FM, Coelho FD, Paes ST, Ferreira MEC. A autoestima afeta a insatisfação corporal em adolescentes do sexo feminino. *Revista Paulista de Pediatria*. 2014;32(3): 236-240.
90. Zordao PO, Barbosa A; Parisi TA; Marciano G, Silva C, Alves DN; Silva RR. Associação da imagem corporal e transtornos alimentares em adolescentes de Minas Gerais (Brasil). *Nutr. clin. diet. hosp*. 2015; 35(2):48-56
91. Silva JD, Silva ABJ, Oliveira AVK, Nemer ASA. Influência do estado nutricional no risco para transtornos alimentares em estudantes de nutrição. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(12):3399-3406.
92. Fortes LS, Meireles JFF, Neves CM, Almeida SS, Ferreira MEC. Autoestima, insatisfação corporal e internalização do ideal de magreza influenciam os comportamentos de risco para transtornos alimentares. *Revista de Nutrição*. 2015;28(3):253-264.
93. Pedroni JL, Rech RR, Halpern R, Marin, Roth LR, Sirtoli M, Cavalli A. Prevalência de obesidade abdominal e excesso de gordura em escolares de uma cidade serrana no sul do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013;18(5):1417-1425.
94. Vilela JEM, Lamounier JA, Dellaretti Filho MA, Barros Neto JR, Horta GM. Transtornos alimentares em escolares. *J. Pediatr. (Rio J.)*. 2004;80(1);49-54.
95. Paludo J, Dalpubel V. Imagem corporal e sua relação com o estado nutricional e a qualidade de vida de adolescentes de um município do interior do Rio Grande do Sul. *Nutrire*. 2015 Apr;40(1):1-9.
96. Vieira VA. Relação do estado nutricional e satisfação com a imagem corporal entre escolares da rede pública de ensino de São Paulo. *Rev Bras de Obes, Nut e Emag*. 2015(26):90-99.

APÊNDICE (S)

APÊNDICE A - TERMO DE ASSENTIMENTO

Título da pesquisa: “TRANSTORNOS ALIMENTARES, IMAGEM CORPORAL E ESTADO NUTRICIONAL DE ADOLESCENTES.”

Pesquisador/Orientador: Ingrid D Schweigert Perry Telefone: 48 3431 2609

Pesquisador/Co-orientador: Antônio A Schafer Telefone: 48 3431 2609

Pesquisador/Acadêmico: Fernanda de Bittencourt Silva. Telefone: 48 34032700

Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Profissional daUNESC.

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Imagem corporal e transtornos alimentares em adolescentes” .Neste estudo pretendemos investigar se há associação entre a imagem corporal e risco para transtornos alimentares em adolescentes, com o estado nutricional e consumo alimentar. Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: Você será pesado, a sua altura e a circunferência de sua cintura serão medidas. Será feita também a medida de dobras cutâneas, utilizando um equipamento chamado plicômetro (nessa medida você poderá sentir uma leve pressão no local de aferição – tríceps e escápula). Essas medidas serão feitas individualmente em local reservado na escola. Além disso, em sala de aula, você responderá a vários questionários envolvendo a sua alimentação (o que você come e atitudes e sentimentos relacionados à sua alimentação), como você vê o seu corpo (se em peso ideal, acima ou abaixo do ideal), seu estágio de maturação sexual (nesse questionário você escolherá e assinalará entre diversas imagens, a que mais corresponde ao seu estágio), questões sobre seus sentimentos (se se sente sozinho, se consegue dormir, se tem amigos) e situação socioeconômica. Para a realização de um exame denominado “impedância bioelétrica” você deverá tomar alguns cuidados prévio ao exame, como não beber chá, álcool ou ainda energéticos e não realizar exercícios físicos intensos no dia anterior ao exame. Esse exame será realizado utilizando a mesma balança na qual será verificado seu peso.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação decorrente da pesquisa. Não são conhecidos riscos quanto aos procedimentos propostos, contudo, você poderá se sentir desconfortável frente a algumas questões relacionadas a seu corpo, hábitos ou sentimentos, ou ainda, quando for feita a sua avaliação nutricional. Por outro lado, o estudo poderá contribuir para subsidiar ações de promoção da saúde dos escolares em geral.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada a pesquisa. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão

destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Criciúma, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do(a) menor

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Em caso de dúvidas, sugestões ou denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNESC pelo telefone (48) 3431-2723 ou pelo e-mail cetica@unesc.net.

APÊNDICE B -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “TRANSTORNOS ALIMENTARES, IMAGEM CORPORAL E ESTADO NUTRICIONAL DE ADOLESCENTES.”

Objetivo: Avaliar a associação entre a imagem corporal e risco para transtornos alimentares com o estado nutricional e consumo alimentar.

Período da coleta de dados: agosto a dezembro/2017.

Tempo estimado para cada coleta: 1 1/2 horas (1hora para aplicação de questionários e ½ hora para avaliação antropométrica – peso, altura, medida da cintura e pregas cutâneas). A aplicação dos questionários será feita em horário diferente das medidas antropométricas.

Local da coleta: Questionário – em sala de aula; medidas antropométricas em sala reservada na escola.

Pesquisador/Orientador: Ingrid D Schweigert Perry. Telefone: 48 3431 2609

Pesquisador/Co-orientador: Antônio A Schafer. Telefone: 48 3431 2609

Pesquisador/Acadêmico: Fernanda de Bitencourt Silva .Telefone:48 3403 2700

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Profissional da UNESC. Participarão ainda, da coleta de dados, a psicóloga da escola e dois bolsistas de Iniciação científica dos Cursos de Graduação em Nutrição e Psicologia da UNESC.

O escolar _____ está sendo convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa e objetivo acima intitulados. Aceitando participar do estudo, o escolar, assim como o Sr(a), seu responsável, poderão desistir a qualquer momento, bastando informar sua decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa. Fica esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como o (a) senhor (a) não terá despesas para com a mesma. Os dados referentes ao escolar serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde, podendo o (a) senhor (a) solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Para tanto, esclarecemos também os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA
<p>O seu filho/filha ou seu dependente será pesado, a sua altura e a circunferência de sua cintura serão medidas. Será feita também a medida de dobras cutâneas, utilizando um equipamento chamado plicômetro. Além disso, seu filho/filha ou seu dependente responderá vários questionários envolvendo a alimentação (o que ele/ela come e atitudes e sentimentos relacionados à sua alimentação), como seu filho/filha ou dependente vê o seu corpo (se em peso ideal, acima ou abaixo do ideal), seu estágio de maturação sexual (nesse questionário ele/ela escolherá e assinalará entre diversas imagens, a que mais corresponde ao seu estágio), questões sobre seus sentimentos (se ele/ela se sente sozinho, se consegue dormir, se tem amigos) e situação socioeconômica. Para a realização de um exame denominado “impedância bioelétrica” seu filho/filha ou dependente deverá tomar alguns cuidados prévio ao exame, como não beber, chá, álcool ou ainda energéticos e não realizar exercícios físicos intensos no dia anterior ao exame. Esse exame será realizado utilizando a mesma balança na qual será verificado o peso. Toda a pesquisa se dará no ambiente escolar.</p>

RISCOS
<p>Não são conhecidos riscos quanto aos procedimentos propostos, contudo, o seu filho/filha ou dependente poderá se sentir desconfortável frente a algumas questões relacionadas a seu corpo, hábitos ou sentimentos, ou ainda quando for pesado e medido. Na medida da dobra cutânea, o seu filho/filha ou dependente poderá sentir uma leve pressão do aparelho sobre o músculo do tríceps e da escápula. Além disso, as limitações para o preparo do exame da bioimpedância elétrica poderão exigir dele/dela uma certa restrição de hábitos no período de 24 horas antes do exame.</p>

BENEFÍCIOS
<p>Por outro lado, o estudo poderá contribuir para subsidiar ações de promoção da saúde dos escolares em geral. Se seu filho/filha ou dependente estiver com o estado nutricional inadequado, assim como apresentar algum indicativo de comportamento alimentar de risco, ele/ela será encaminhado/a encaminhados à equipe multidisciplinar da escola, caso o Sr.(a) estiver de acordo.</p>

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidos, sendo que para tanto, firmo ao final a presente declaração em duas vias de igual teor e forma ficando na posse de uma e outra sido entregue ao pesquisador responsável.

Em caso de dúvidas, sugestões ou denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNESC pelo telefone (48) 3431-2723 ou pelo e-mail cetica@unesc.net.

ASSINATURAS	
<p>Pai ou responsável do Participante</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 10px 0;"/> <p style="text-align: center;">Assinatura</p> <p>Nome: _____</p>	<p>Pesquisador Responsável</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 10px 0;"/> <p style="text-align: center;">Assinatura</p> <p>Nome: Ingrid D. Schweigert Perry</p>

Criciúma (SC), ____ de _____ de 2017.

APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ESTADO NUTRICIONAL

N: _____

Data: __/__/__

1. Data de nascimento __/__/__ Idade: ____ anos.
2. Sexo: () Masculino () Feminino
3. Cor/raça: () branca () preta () amarela () parda () indígena
4. Turma/série (ou ano): () 5º () 6º () 7º () 8º () 9º () Ensino Profissionalizante
5. Número de componentes do núcleo familiar: _____ pessoas
6. Se menina: Já teve sua primeira menstruação? () Sim () Não

Antropometria

7. Peso: _____ kg Altura: _____ cm
8. IMC: _____ kg/m²
9. Escore-Z: _____
Peso/altura: _____ Peso/idade: _____
Altura/Idade: _____ IMC/Idade: _____
10. Classificação IMC: () magreza () eutrofia () sobrepeso () obesidade () obesidade grave
11. Circunferência da cintura: _____ cm
12. Percentil: _____
13. Obesidade abdominal CC: () sim () não
14. Índice de conicidade: _____
15. Classificação índice de conicidade – obesidade abdominal: () sim () não
16. Dobra cutânea DCSE: _____ mm
17. Dobra cutânea DCT: _____ mm
18. Percentual de gordura corporal: _____ % (equação)
19. Percentil: _____
20. Percentual de gordura corporal: _____ % Bioimpedância elétrica
21. Classificação obesidade % GC: () sim () não

APÊNDICE D - INSTRUÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO EXAME DE BIOIMPEDÂNCIA

1. Ingerir no mínimo 8 copos de água (2 litros) no dia anterior à realização do exame.
2. Não fazer ginástica ou exercícios vigorosos no dia anterior ao exame.
3. Evitar ingerir 24h (1 dia) antes do exame álcool, chá, café, refrigerantes (não tomar refrigerantes que contenham cafeína como coca-cola e pepsi), chocolates e bebidas energéticas que contenham cafeína.
4. Se adolescente do sexo feminino, não estar em período menstrual.
5. Jejum de 4 h.
6. Esvaziar a bexiga antes do exame.

ANEXO (S)

ANEXO A - CARTA DE ACEITE



BAIRRO DA JUVENTUDE
 Desde 1988
 www.bairrodajuventude.org.br
CARTA DE ACEITE



Declaramos para os devidos fins que concordamos em disponibilizar dados dos registros escolares e conferir acesso aos escolares para reunião com os pais/responsáveis de alunos, aplicação de questionários em sala de aula aos escolares, assim como espaço físico reservado para avaliação do estado nutricional dos escolares, da Instituição Bairro da Juventude dos Padres Rogacionistas, localizada na Rua Cônego Aníbal Maria di Francia, 1483, Criciúma/SC – CEP: 88804-360, para o desenvolvimento da pesquisa intitulada "Imagem corporal e transtornos alimentares em adolescentes" sob a responsabilidade dos professores Ingrid D. Schweigert Perry (orientador) e professor Antonio A. Schafer (co-orientador) e pesquisadora Fernanda de Bittencourt Silva, mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Profissional da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto.

Bairro da Juventude dos Padres Rogacionistas

LILIANE BETTIO DE MENEZES
 Psicóloga / Coordenadora Geral
 CRP-13/0340

Lilian de Bettio de Menezes / Bairro da Juventude dos Padres Rogacionistas
 Coordenador Geral

10 de julho de 2017 / Criciúma

ANEXO B - CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

N: _____

Data: __/__/__

Todos os itens de eletroeletrônicos citados devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas houver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II Incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio Incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior Incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

Cortes do Critério Brasil

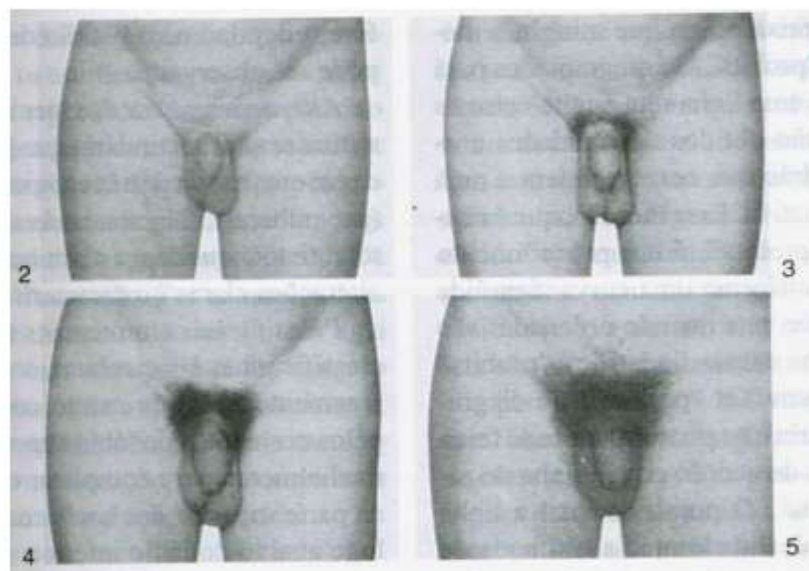
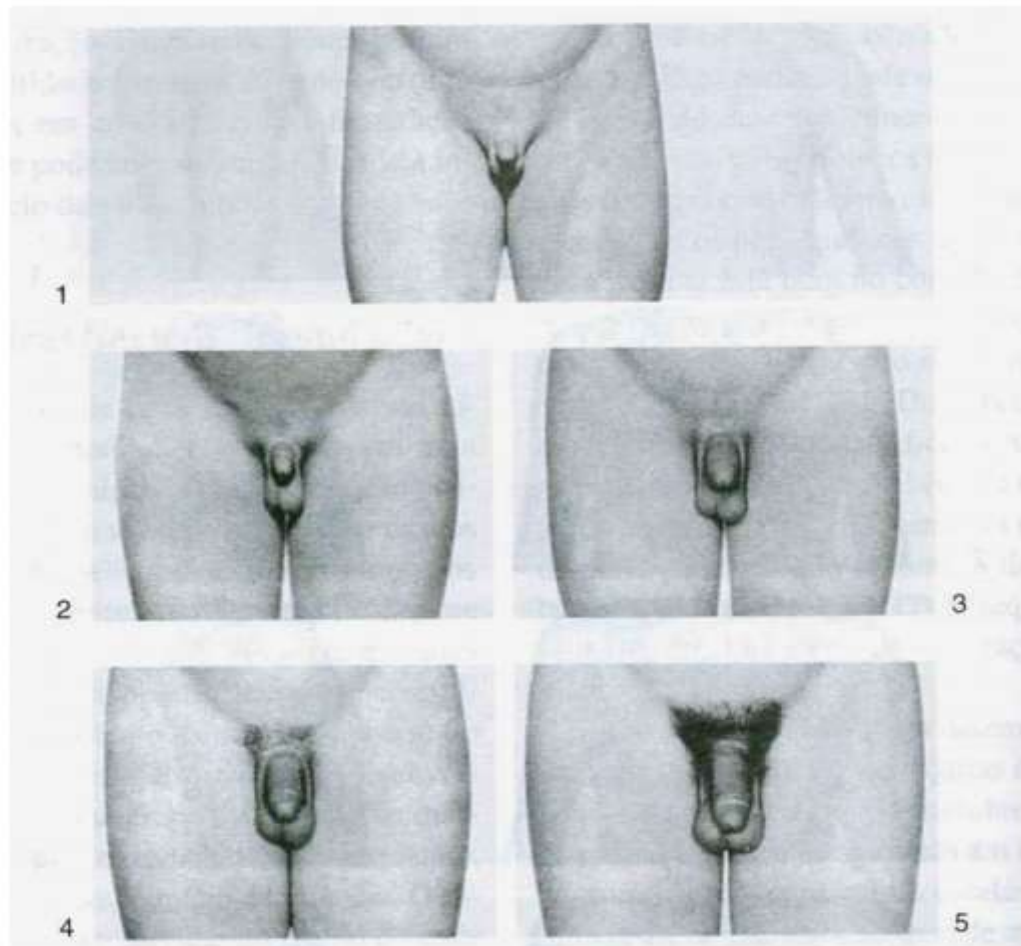
Classe	Pontos
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D-E	0 - 16

Classificação: () A () B1 () B2 () C1 () C2 () D-E

Critério Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2016)

ANEXO C - ESTAGIAMENTO PUBERAL

Estágios de Maturação sexual para meninos (Criterios de Tanner): desenvolvimento de órgão genital (estágios de 1 a 5) e desenvolvimento de pelos púbicos (estágios de 2 a 5)

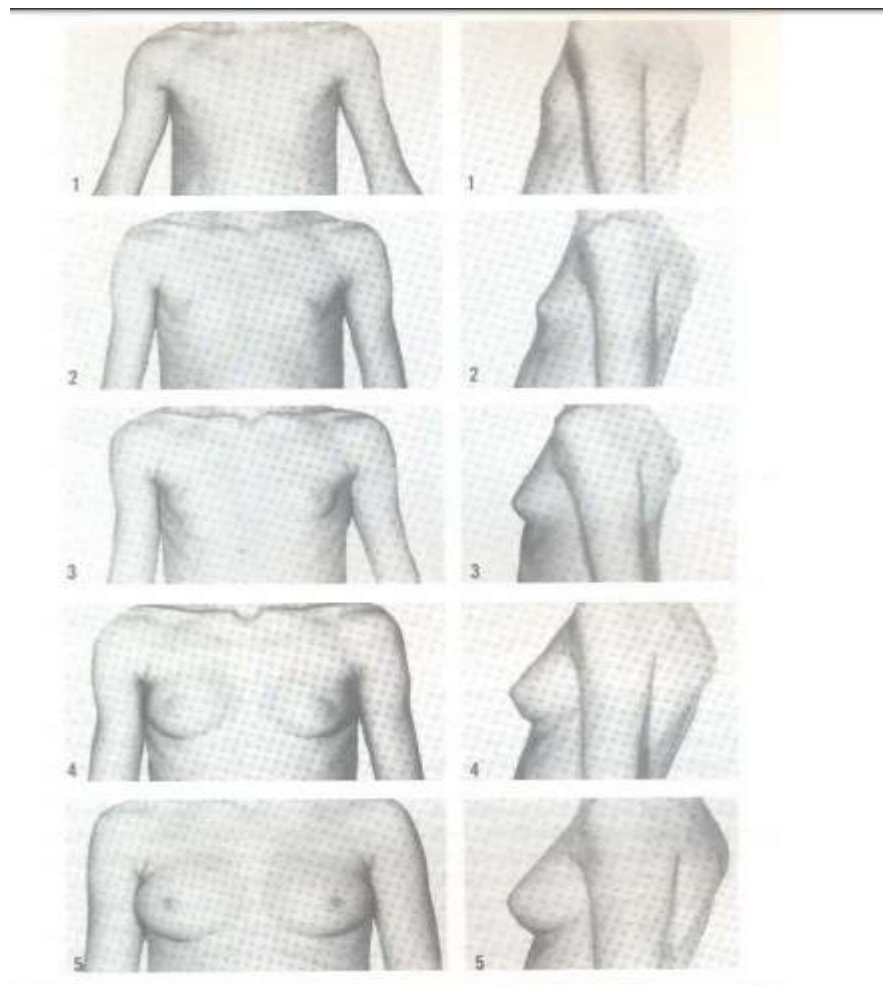


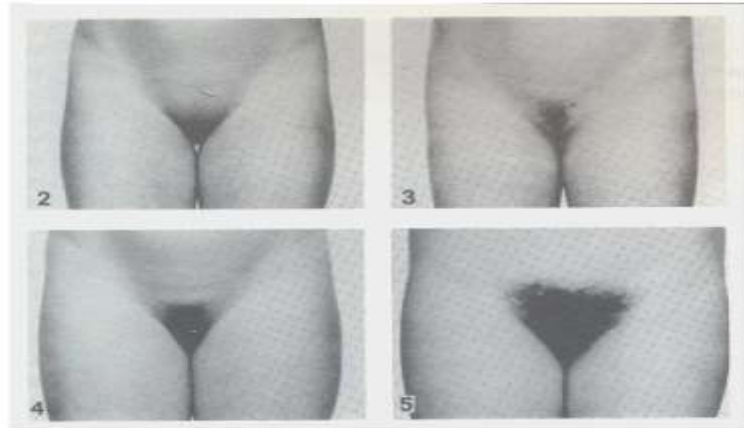
Indique o número do estágio do qual você esteja mais próximo:

Pelos Pubianos: () Estágio 1 () Estágio 2 () Estágio 3 () Estágio 4 () Estágio 5

Genital: () Estágio 1 () Estágio 2 () Estágio 3 () Estágio 4 () Estágio 5

**Estágios de Maturação sexual para meninas (critérios de Tanner):
desenvolvimento de seios (estágios de 1 a 5) e desenvolvimento de pêlos
púbicos (estágios de 2 a 5)**





Indique qual dos estádios você esta mais próximo:

Pelos Pubianos: () Estágio 1 () Estágio 2 () Estágio 3 () Estágio 4 () Estágio 5

Desenvolvimento Mamário: () Estágio 1 () Estágio 2 () Estágio 3 () Estágio 4 () Estágio 5

Matsudo e Matsudo (1991)

ANEXO D - TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES

TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (EAT-26) – Versão em Português

ID: _____ Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____

Questão	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1. Fico apavorada com a ideia de estar engordando.						
2. Evito comer quando estou com fome.						
3. Sinto-me preocupada com os alimentos.						
4. Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.						
5. Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.						
6. Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como.						
7. Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batatas, etc.)						
8. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.						
9. Vomito depois de comer.						
10. Sinto-me extremamente culpada depois de comer.						
11. Preocupo-me com o desejo de ser mais magra.						
12. Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.						
13. As pessoas me acham muito magra.						
14. Preocupo-me com a ideia de haver gordura em meu corpo.						
15. Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas.						
16. Evito comer alimentos que contenham açúcar.						
17. Costumo comer alimentos dietéticos.						
18. Sinto que os alimentos controlam minha vida.						

Questão	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
19. Demonstro autocontrole diante dos alimentos.						
20. Sinto que os outros me pressionam para comer.						
21. Passo muito tempo pensando em comer.						
22. Sinto desconforto após comer doces.						
23. Faço regimes para emagrecer.						
24. Gosto de sentir meu estômago vazio.						
25. Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias.						
26. Sinto vontade de vomitar após as refeições.						

Biguethi et al (2004)

ANEXO E - BODYSHAPE QUESTIONNAIRE

BSQ – Body Shape Questionnaire (Conti, Cordás e Latorre, 2009)

ID: ____

Gostaríamos de saber como você vem se sentindo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas. Por favor, leia cada questão e marque um X na caixa apropriada.

Questão	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
1. Sentir-se entediado (a) faz você se preocupar com sua forma física?						
2. Você tem estado tão preocupado (a) com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta?						
3. Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante do seu corpo?						
4. Você tem sentido medo de ficar gordo (a) (ou mais gordo)?						
5. Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme?						
6. Sentir-se satisfeito (a) (por exemplo, após ingerir uma grande refeição) faz você sentir-se gordo (a)?						
7. Você já se sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar?						
8. Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar?						
9. Estar com mulheres/homens magros (as) faz você se sentir preocupado (a) em relação ao seu físico?						
10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem						

Questão	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
espalhar-se quando se senta?						
11. Você já se sentiu gordo (a), mesmo comendo uma quantidade menor de comida?						
12. Você tem reparado no físico de outras mulheres/homens e, ao se comparar, sente-se em desvantagem?						
13. Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, enquanto assiste à televisão, lê ou participa de uma conversa)?						
14. Estar nu (a), por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gordão (a)?						
15. Você tem evitado usar roupas que o (a) fazem notar as formas do seu corpo?						
16. Você se imagina cortando fora porções do seu corpo?						
17. Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gordo (a)?						
18. Você deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico?						
19. Você se sente excessivamente grande e arredondado (a)?						
20. Você já teve vergonha do seu corpo?						
21. A preocupação diante do seu físico leva-lhe a fazer dieta?						
22. Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo, pela manhã)?						
23. Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole?						
24. Você se preocupa que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estômago?						
25. Você acha injusto, que as outras mulheres/homens sejam mais magros (as) que você?						
26. Você já vomitou para sentir-se mais magro (a)?						

Questão	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
27. Quando acompanhado (a), você fica preocupado (a) em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado (a) num sofá ou no banco de um ônibus)?						
28. Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas no seu corpo?						
29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?						
30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura?						
31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banho de piscina)?						
32. Você toma laxantes para sentir-se magro (a)?						
33. Você fica particularmente consciente do seu físico quanto em companhia de outras pessoas?						
34. A preocupação com seu físico faz-lhe sentir que deveria fazer exercícios?						

ANEXO F - QUESTIONÁRIO INDICADORES DE SAUDE MENTAL

As questões a seguir se referem aos seus sentimentos.

1. Durante os últimos 12 meses com que frequência tem se sentido sozinho(a)?

- ☐) Nunca
- ☐) Raramente
- ☐) Às vezes
- ☐) Na maioria das vezes
- ☐) Sempre

2. Durante os últimos 12 meses, com que frequência você não conseguiu dormir à noite porque algo o(a) preocupava muito?

- ☐) Nunca
- ☐) Raramente
- ☐) Às vezes
- ☐) Na maioria das vezes
- ☐) Sempre

3. Quantos amigos ou amigas próximos você tem?

- ☐) 0 (nenhum)
- ☐) 1
- ☐) 2
- ☐) 3 ou mais

Brasil (2016).

ANEXO G - APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA



RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) / Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Parecer nº: 2.248.611

CAAE: 71847617.3.0000.0119

Pesquisador (a) Responsável: Ingrid Dalira Schweigert Perry

Pesquisador (a): Fernanda de Bittencourt da Silva

Título: "TRANSTORNOS ALIMENTARES E IMAGEM CORPORAL EM ADOLESCENTES"

Este projeto foi **Aprovado** em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 26 de abril de 2018.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Renan', is positioned above the printed name of the coordinator.

Renan Antônio Ceretta
Coordenador do CEP

ANEXO H – ESCALA DE SILHUETAS

- 1- “Escolha e **circule** a figura que melhor lhe representa no momento”: _____
- 2- “Escolha e **marque com um X** a figura que melhor representa a forma que gostaria de ter/ser”: _____

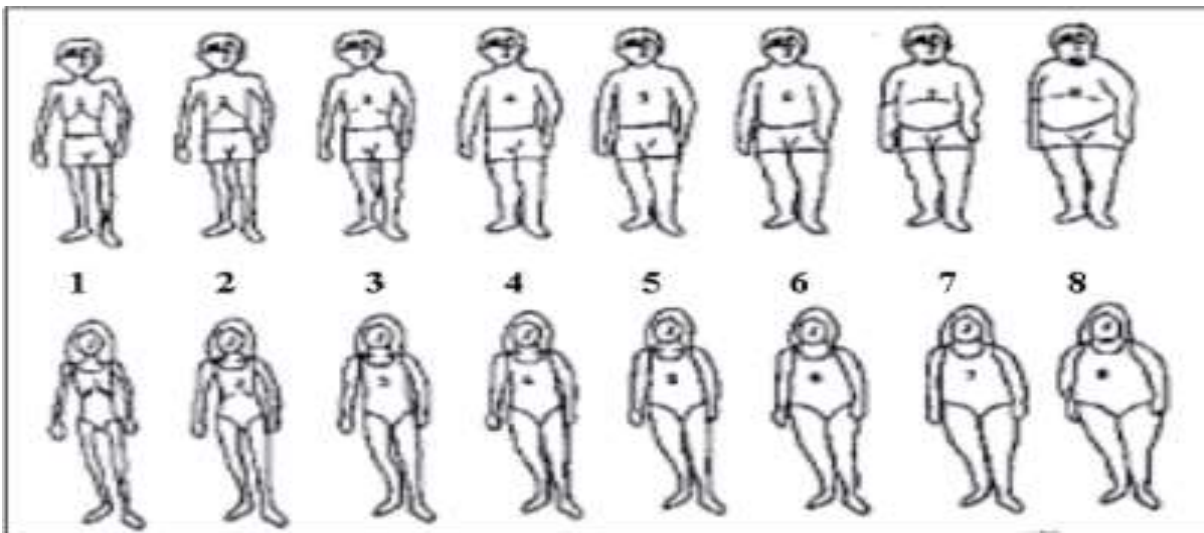


Figura 1. Escala de silhueta corporal de acordo com Childress e cols., (1993).

"Você entendeu o que foi perguntado nesta escala?"

() 0 - não entendi nada; () 1 - entendi um pouco; () 2 - entendi mais ou menos; () 3 - entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas; () 4 - entendi perfeitamente e não tenho dúvidas